



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Adesão à Terapêutica na Doença Crónica: Literacia em Saúde,
Crenças sobre Medicamentos e Fontes de Informação em Saúde**

XIXº Curso de Mestrado em Saúde Pública

Cristina Alexandra Pedro Nunes

Janeiro de 2020



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Adesão à Terapêutica na Doença Crónica: Literacia em Saúde,
Crenças sobre Medicamentos e Fontes de Informação em Saúde**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação
científica da Professora Doutora Ana Escoval e coorientação da Doutora
Ana Rita Pedro

Janeiro de 2020

"Spread love everywhere you go. Let no one ever come to you without leaving happier."

Mother Teresa

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Escoval, pela sua disponibilidade na orientação desta investigação.

À Doutora Ana Rita Pedro, pela excelência do seu apoio como coorientadora, pelo entusiasmo e acuidade das suas observações e sugestões, pela atenção e interesse manifestado, que sempre me motivaram a querer fazer mais e melhor, mesmo perante as adversidades.

À Professora Doutora Carla Nunes, pela sua colaboração e disponibilidade para responder às minhas dúvidas.

Aos utentes que participaram neste estudo, disponibilizando algum do seu tempo para responder aos questionários, por forma a tornar possível este trabalho.

À minha família, meu porto seguro, ao meu marido Bruno, aos meus filhos Afonso, Madalena e Matilde, à minha mãe Fernanda, pelo seu apoio e amor incondicional. Ao meu eterno pai Fernando, duma forma especial, pelo orgulho que sempre teve em mim.

Aos meus amigos, pelas palavras de estímulo e motivação.

A todos, bem hajam!

Índice Geral

Índice de Tabelas.....	iii
Índice de Figuras	v
Índice de Gráficos.....	vii
Lista de Siglas e Acrónimos	ix
RESUMO	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Doença Crónica	5
2.1.1. Contexto atual em Portugal.....	5
2.1.2. Participação do doente na gestão da doença crónica e da medicação.....	8
2.2. Adesão à terapêutica.....	9
2.2.1. Definição do conceito e evolução	9
2.2.2. Fatores que influenciam o comportamento de adesão	12
2.2.3. A não adesão à terapêutica e sua dimensão	15
2.3. Preditores de adesão à terapêutica.....	17
2.3.1. Literacia em Saúde	17
2.3.2. Crenças sobre Medicamentos	20
2.3.3. Fontes de Informação em Saúde	22
2.4. Intervenções para promover a adesão à terapêutica na doença crónica	25
3. METODOLOGIA.....	28
3.1. Objetivo e Desenho de Investigação	28
3.2. População alvo e Estratégia de Amostragem	28
3.3. Instrumento de recolha de dados	29
3.4. Variáveis em estudo	31
3.5. Estratégia de Tratamento de dados	32
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	35
4.1. Análise descritiva.....	35
4.1.1. Caracterização sociodemográfica da população com doença crónica	35
4.1.2. Distribuição das doenças crónicas mais frequentes na população com doença crónica	36
4.1.3. Caracterização da população com doença crónica relativamente à morbilidade múltipla	37

4.1.4.	Caracterização da população com doença crónica relativamente ao apoio na gestão da doença	38
4.1.5.	Caracterização do nível de literacia em saúde da população com doença crónica	39
4.1.6.	Caracterização da população com doença crónica relativamente às fontes de informação em saúde utilizadas	42
4.1.7.	Caracterização da população com doença crónica relativamente às crenças específicas	43
4.1.8.	Caracterização da adesão à terapêutica da população com doença crónica	45
4.2.	Análise Inferencial	45
5.	DISCUSSÃO	52
6.	CONCLUSÕES.....	60
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
8.	EPÍLOGO	66
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
	ANEXOS.....	I
	Anexo 1 - Questionário.....	III
	Anexo 2 - Consentimento Informado	XIV

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	36
Tabela 2 - Distribuição da frequência das respostas ao questionário HLS-EU-PT Short Version (16 questões) pela população com doença crónica.....	39
Tabela 3 - Análise descritiva do score de literacia em saúde na população com doença crónica	40
Tabela 4 - Nível de literacia em saúde geral da população com doença crónica	41
Tabela 5 - Revistas/Jornais, Sites e Programas de televisão mais utilizados na procura de informação sobre saúde.....	43
Tabela 6 - Análise descritiva dos scores de BMQ – Necessidades e BMQ - Preocupações na população com doença crónica	43
Tabela 7 - Distribuição da frequência das respostas ao questionário BMQ pela população com doença crónica	44
Tabela 8 - Toma do medicamento para a doença crónica identificada	45
Tabela 9 - Adesão à terapêutica na população com doença crónica	45
Tabela 10 - Resultados do teste t na comparação entre os grupos Não Aderentes e Aderentes nas variáveis Literacia em saúde e Crenças sobre medicamentos	46
Tabela 11 - Resultados do teste qui-quadrado (Correlação: Adesão à terapêutica e Fontes de informação em saúde)	49
Tabela 12 - Resultados da regressão linear múltipla	50

Índice de Figuras

Figura 1 - Caracterização da doença crónica em Portugal	8
---	---

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Doenças crónicas mais frequentes na população com doença crónica.....	37
Gráfico 2 - Número de doenças crónicas na população com doença crónica	37
Gráfico 3 - Apoio na gestão da doença na população com doença crónica.....	38
Gráfico 4 - Distribuição do score de literacia em saúde na população com doença crónica	40
Gráfico 5 - Nível de literacia em saúde geral da população com doença crónica.....	41
Gráfico 6 - Fontes de Informação em saúde da população com doença crónica	42
Gráfico 7 - Distribuição comparada de score de Literacia em Saúde por grupos Não Aderentes e Aderentes ($p=0,003$).....	47
Gráfico 8 - Distribuição comparada de score do domínio de Necessidades do BMQ por grupos Não aderentes e Aderentes ($p=0,000$)	48
Gráfico 9 - Distribuição comparada de score do domínio de Preocupações do BMQ por grupos Não Aderentes e Aderentes ($p=0,000$).....	48
Gráfico 10 - Distribuição comparada de score do domínio de Necessidades-Preocupações do BMQ por grupos Não Aderentes e Aderentes ($p=0,000$).....	49

Lista de Siglas e Acrónimos

Apifarma - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

BMQ - Beliefs About Medicines Questionnaire

DCNT – Doenças crónicas não transmissíveis

Dp – Desvio Padrão

GBD - Global Burden of Disease

HLS-EU-PT – European Health Literacy Survey para Portugal

INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package For Social Science

RESUMO

Introdução: A adesão à terapêutica e o uso racional do medicamento, garantindo-o como o instrumento terapêutico com melhor efetividade, eficiência e segurança para o indivíduo e para a comunidade, são fundamentais para a redução de grande parte das doenças crónicas. Os impactos da não adesão são muito abrangentes, afetando não só o indivíduo, como também o seu contexto social e familiar e o próprio sistema de saúde. Reconhece-se atualmente que o envolvimento do cidadão na gestão da sua saúde e nas decisões relativas ao tratamento da sua doença é um fator chave para melhorar o seu comportamento de adesão. A utilização do medicamento requer conhecimento, competências cognitivas e sociais e motivação por parte do doente.

Objetivos: O presente estudo tem com objetivos avaliar a adesão à terapêutica na população com doença crónica e analisar de que forma está associada ao nível de literacia em saúde, às crenças sobre os medicamentos e às principais fontes de informação em saúde que utilizam.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional descritivo transversal com a colaboração voluntária de 40 farmácias de Portugal que recolheram os dados mediante questionário por entrevista quando o utente se encontrava a adquirir a sua terapêutica para doença crónica.

Resultados: A amostra estudada foi constituída por 412 utentes com uma idade média de 65 anos, maioritariamente do género feminino, e com escolaridade igual ou inferior ao 9ºano. O estudo aponta para um nível de adesão à terapêutica da população com doença crónica de 78%. As competências de literacia em saúde ($p=0,003$), as crenças acerca da necessidade de tomar os medicamentos ($p=0,000$) e os profissionais de saúde como principal fonte de informação em saúde ($p=0,034$), influenciam de forma positiva o nível de adesão à terapêutica.

Conclusões: A população com doença crónica tende a aderir à terapêutica. A população com doença crónica aderente à terapêutica apresenta uma maior perceção da necessidade de tomar a medicação, uma diminuição da preocupação quanto à mesma, um maior nível de literacia em saúde e recorre aos profissionais de saúde como principal fonte de informação em saúde. Uma intervenção estratégica efetiva que vise aumentar a literacia em saúde e a adesão à terapêutica deve envolver profissionais de saúde, decisores políticos, parceiros e o próprio cidadão.

Palavras-chave: Adesão à terapêutica; Literacia em saúde; Crenças sobre medicamentos; Fontes de informação em saúde; Doença crónica.

ABSTRACT

Introduction: Medication adherence and rational use of medicine, ensuring it as the therapeutic instrument with the best effectiveness, efficiency and safety for the individual and the community, are fundamental for the reduction of most chronic diseases. The impacts of non adherence are very wide, affecting not only the individual, but also their social and family context and the health system itself. In nowadays it is recognized that patient involvement in the health management and the decisions concerning the treatment of the disease is a key factor to improve their adherence behavior. In order to use medicines, individuals need knowledge, cognitive and social skills and motivation.

Objectives: The aims of this study are to evaluate medication adherence in the population with chronic disease and to analyze how it is associated with health literacy level, beliefs about medicines and the main sources of health information they use.

Methods: A cross-sectional study was designed with the voluntary collaboration of 40 pharmacies in Portugal who collected the data through an interview questionnaire when the patient was acquiring his medicines for chronic disease.

Results: Four hundred and twelve patients volunteered to participate, mostly female, with an average age 65 years and with education equal to or lower than 9th grade. The study points to a level of medication adherence in the chronic disease population of 78%. Health literacy skills ($p=0,003$), beliefs about the need to take medicines ($p=0,000$) and health professionals as the main source of health information ($p=0,034$), positively influence the level of medication adherence.

Conclusion: The population with chronic disease tends to adhere to medication. The population with chronic disease adherent to medication has a greater perception of the need to take medication, a decrease in concern about it, a higher level of health literacy and uses health professionals as the main source of health information. An effective strategic intervention aimed at increasing health literacy and medication adherence should involve health professionals, policy makers, partners and the citizen himself.

Keywords: Medication adherence; Health literacy; Beliefs about medicines; Health information sources; Chronic disease.

1. INTRODUÇÃO

À semelhança do que acontece com os países desenvolvidos, Portugal assiste atualmente a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico.

Este contexto demográfico marcado pelo envelhecimento da população tem reflexos no estado da nossa saúde, com destaque para o aumento significativo de doenças crónicas e para um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que exigem uma complexidade de cuidados inquestionável.¹

Face a este quadro demográfico é urgente não só que os sistemas de saúde consigam reformar as suas políticas como também que o doente crónico tenha um papel ativo na autogestão da doença e na manutenção da sua saúde global.

A saúde e a sua promoção implicam um conjunto de competências cognitivas e sociais que permitem a utilização desses conhecimentos na adoção de comportamentos e estilos de vida salutogénicos.²

É neste contexto que se define o conceito de literacia em saúde como a capacidade de procurar informação e de tomar decisões fundamentadas sobre saúde, assumindo responsabilidades no decurso de vida pessoal e em sociedade.³

Por sua vez, os indivíduos com baixa literacia em saúde evidenciam menor capacidade de pesquisar, ler, interpretar e aplicar a informação sobre saúde, assim como em navegar nos sistemas de saúde.

Uma baixa literacia em saúde tem sido consistentemente associada a maiores taxas de hospitalizações, a uma desvalorização de rastreios, a uma fraca adesão à terapêutica prescrita, a uma elevada prevalência de doenças crónicas e no caso dos idosos, a taxas de mortalidade mais elevadas.⁴

Os baixos níveis de literacia de uma população traduzem-se assim em piores resultados em saúde e em custos mais elevados para as economias.⁴ Importa por isso, cada vez mais, avaliar de que forma as competências que permitem o uso e compreensão da informação sobre saúde influenciam o conhecimento necessário à realização de uma dada tarefa, como é o uso do medicamento.

Atualmente, uma percentagem significativa da população mundial tem necessidade de tomar medicamentos para tratar as diferentes patologias, tendo em 2015, a despesa com medicamentos no mercado ambulatorio nos países da Organização para a

Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), ascendido aos 800 biliões de dólares.⁵

O medicamento assume um estatuto destacado na saúde pública, podendo ser a forma como é utilizado, determinante para o resultado terapêutico pretendido.

A adesão ao regime terapêutico sempre foi um tema controverso e um motivo de interesse para inúmeros investigadores. O seu conceito tem variado ao longo do tempo, um pouco ao sabor das diferentes perspetivas dos autores, mas relacionado especificamente com a terapêutica farmacológica.

A adesão à terapêutica é consensualmente considerada como a medida em que o comportamento duma pessoa, quer seja tomando medicamentos como implementando mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde.⁶

No exercício da prática clínica, a adesão à terapêutica revela-se um conceito muito complexo ao ser influenciado por uma multiplicidade de fatores intrínsecos ou extrínsecos ao doente que interagem entre si e que afetam diretamente o doente, determinando o seu comportamento. Por esse motivo, a adesão à terapêutica falha com frequência, mesmo quando o diagnóstico está correto e a prescrição adequada, conduzindo assim ao insucesso do tratamento.

O estudo da adesão à terapêutica revela-se assim de uma elevada importância dado o enorme impacto da não adesão na sociedade, tanto a nível de resultados em saúde como a nível social e económico.

No cenário das doenças crónicas, a não adesão à terapêutica situa-se entre os 25-50%, existindo um potencial não aproveitado no recurso ao medicamento.⁷ Perspetiva-se assim uma oportunidade de melhoria no investimento em medicamentos, estimando-se que o uso responsável do mesmo permita racionalizar a despesa mundial em saúde em 8%.⁸

Estudos realizados nas farmácias portuguesas evidenciaram elevadas percentagens de indivíduos que não aderem à terapêutica.⁹

A não adesão ao regime terapêutico tem reflexos ao nível das complicações médicas e psicossociais da doença, da redução da qualidade de vida do paciente, do aumento das hospitalizações e dos gastos com recursos de saúde.

Por sua vez, diferentes estudos salientam que o envolvimento do doente crónico no processo de decisão terapêutica pode melhorar a adesão à terapêutica.¹⁰

Sendo o indivíduo um agente ativo nas escolhas dos seus cuidados de saúde, vários fatores, designadamente as suas crenças, têm implicações nas decisões sobre o seu próprio tratamento.

As crenças sobre o tratamento em geral e sobre os medicamentos em particular são influenciadas pelas crenças sobre a doença e percepção da sua gravidade, como pelo grau de importância ou risco associados ao consumo de fármacos. Desenvolvem-se assim, de acordo com os modelos de senso comum sobre a doença e as expectativas sobre a eficácia e necessidade do tratamento, afetando o comportamento sobre a adesão à terapêutica.¹¹

Reconhecido o determinante papel do doente na otimização dos resultados terapêuticos, desde logo através da sua liberdade de decisão entre concordar ou não com as propostas terapêuticas e aderir ou não às mesmas, torna-se prioritário contribuir para aumentar as suas competências de decisor.

No campo sensível da saúde, as fontes de informação num contexto de rede, credíveis e sobretudo competentes, permitem um incremento substancial do nível de acesso à informação, à sua compreensão e capacidade de gestão dessa informação por parte dos indivíduos.¹²

Os conceitos de literacia em saúde e a frequência de utilização de fontes de informação em saúde encontram-se correlacionados, tendo sido percebida uma relação explicativa entre estes níveis de literacia e o recurso a estas fontes, em particular os profissionais de saúde, onde se destacam o médico e o farmacêutico.

Neste contexto, o nível de literacia em saúde dos indivíduos, as fontes de informação em saúde a que recorrem e as crenças sobre os medicamentos refletem-se quer na forma como compreendem a informação sobre saúde e comunicam com os profissionais, quer na forma como aderem aos tratamentos.

Desta forma, importa conhecer a associação entre esta tríade literacia em saúde, fontes de informação em saúde e crenças sobre medicamentos, e os resultados em saúde, particularmente a adesão à terapêutica, em contexto do terreno no âmbito da doença crónica em Portugal.

Neste enquadramento, sabe-se que o uso do medicamento é uma ação no âmbito da gestão da saúde e da doença que requer não só conhecimento e compreensão, resultante da informação adquirida pelas diversas fontes de informação e do nível de literacia em saúde condicionado por processos cognitivos e competências, como também motivação influenciada pelas crenças dos indivíduos.

Reconhecendo que a adesão à terapêutica melhora o controlo da doença e que um maior conhecimento da doença e crenças positivas sobre a medicação parecem estar associados a uma melhor adesão à terapêutica, pretende-se neste estudo, avaliar a influência da literacia em saúde, das fontes de informação em saúde e das crenças sobre os medicamentos, com a adesão à terapêutica na doença crónica.

Espera-se assim identificar oportunidades de melhoria na intervenção junto dos doentes crónicos portugueses, contribuindo para o aperfeiçoamento da adesão à terapêutica e consequentemente melhores resultados em saúde.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Doença Crónica

2.1.1. Contexto atual em Portugal

De um modo global, o estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente ao longo da última década. De acordo com o documento *Health at a Glance 2017* publicado pela OCDE, o aumento da esperança de vida em Portugal superou a média da União Europeia, tendo aumentado mais 4 anos entre 2000 e 2015 e atingindo os 81,3 anos, verificando-se, à semelhança dos outros países da EU, uma grande disparidade entre os homens (78,1 anos) e mulheres (84,3 anos).⁵

Contudo, esta melhoria não é acompanhada de outras dimensões importantes da saúde, sobretudo nas pessoas com mais de 65 anos, constatando-se inclusivamente disparidades substanciais por escalão de rendimentos.

Outro relatório da OCDE publicado no final de 2017 intitulado “*Preventing Ageing Unequally*” aponta que a idade será vivida de uma maneira radicalmente diferente pelas gerações nascidas a partir de 1960. O aumento da esperança de vida, a diminuição do número de elementos do agregado familiar e o aumento das desigualdades ao longo da vida ativa levarão à diminuição do valor das pensões e alguns grupos serão confrontados com um risco aumentado de dificuldade económica durante a velhice, o que se traduzirá num inquebrável ciclo de pobreza e doença.¹³

Perante uma população envelhecida, com um baixo índice de fecundidade, que se depara com novos problemas de saúde e de desigualdades e, assumindo cada vez mais as doenças crónicas um peso crescente, importa conhecer o seu contexto atual em Portugal.

A doença crónica é definida como uma situação clínica tratável, mas não curável, de longa duração e, em geral, de lenta progressão e que depende fortemente da forma como o doente se envolve e adere ao tratamento, sendo necessário cumulativamente a supervisão, observação e cuidados partilhados.¹⁴

As doenças crónicas, de declaração não obrigatória ou não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes constituem as doenças crónicas mais prevalentes e são a principal causa de morte, contribuindo com 63% para o total de mortes anuais e constituindo também a principal causa de incapacidade no mundo.¹⁴

Assiste-se atualmente, a nível global, a um processo de transição epidemiológica em que as principais causas de morte prematura (morte que ocorre antes do tempo e que

é muitas vezes motivada por doenças evitáveis) deixam de ser os processos infecciosos e passam a ser as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT).

A melhor fonte de dados sobre a carga da doença em todo o mundo é dada *pela Global Burden of Disease (GBD) pelo Institute for Health Metrics and Evaluation*. Os dados do GBD são de extrema importância para o processo de decisão e planeamento em saúde.¹⁵

Recorrendo a esta ferramenta, em Portugal, estima-se que as DCNT são responsáveis por 86% das mortes prematuras, sendo as doenças cardiovasculares e o cancro, as principais.¹⁵

Considera-se morte prematura a que ocorre antes dos 70 anos. Se considerarmos que 25% das causas de morte prematura podem ser evitadas, compreendemos a importância na redução da morte prematura como o principal desafio do Plano Nacional de Saúde 2020.

As DCNT constituem um dos atuais problemas de saúde pública com tendência crescente face à transição demográfica, epidemiológica e nutricional das últimas décadas.

Em 2015 foi desenvolvido o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), promovido e coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Ricardo Jorge, para recolha de informação epidemiológica sobre o estado, determinantes e cuidados de saúde da população portuguesa.¹⁶

Neste primeiro INSEF, 57,8% dos inquiridos, ou seja, 3,9 milhões de pessoas reportaram ter pelo menos uma doença crónica, uma ocorrência mais frequente nas mulheres, nas pessoas com menos escolaridade e nos idosos (grupo etário dos 65-74 anos) .

A área de inquirição referente à doença crónica teve como objetivo recolher informações sobre a existência ou não de doenças crónicas com mais de seis meses de duração.

A variável morbilidade múltipla foi definida pela presença simultânea de duas ou mais doenças crónicas auto reportadas, de uma lista de vinte patologias (hipertensão arterial; enfarte agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral; disritmia cardíaca; diabetes; insuficiência renal crónica; cirrose; hepatite crónica; asma; doença pulmonar obstrutiva crónica; dor crónica; osteoporose; artrite reumatoide; artrose; cancro; depressão; ansiedade crónica; úlcera gástrica ou duodenal; hipercolesterolemia e alergia).

Do total de participantes, 42,2% referiram não ter nenhuma doença crónica; 19,4% referiram ter uma doença crónica; 17,0% duas doenças crónicas e 10,4% três doenças crónicas.

Nos homens, as doenças crónicas mais frequentes foram hipertensão (25,1%), colesterol elevado (23,7%), alergia (11,4%), diabetes (10,4%), dor crónica (7,4%) e artrose (7,3%). Nas mulheres, as doenças crónicas mais apontadas foram hipertensão (26,1%), colesterol elevado (25,7%), artrose (20,6%), alergia (18,1%), depressão (15,2%) e dor crónica (13,5%).

A morbilidade múltipla apresenta-se assim em Portugal como um problema de magnitude assinalável, atingindo 38,3% da população com 25 - 74 anos. De acordo com os resultados encontrados, o risco de morbilidade múltipla é superior no sexo feminino (43,4% vs 32,7%), nos escalões etários mais velhos (65,5% nos homens e 82,3% nas mulheres) e nos indivíduos com habilitações literárias mais baixas (57,8% nos homens e 70,0% nas mulheres).

A associação entre a maior prevalência de morbilidade múltipla e a idade é conhecida e tal deve-se, aparentemente, ao aumento do número de anos vividos com a provável acumulação de doenças crónicas.

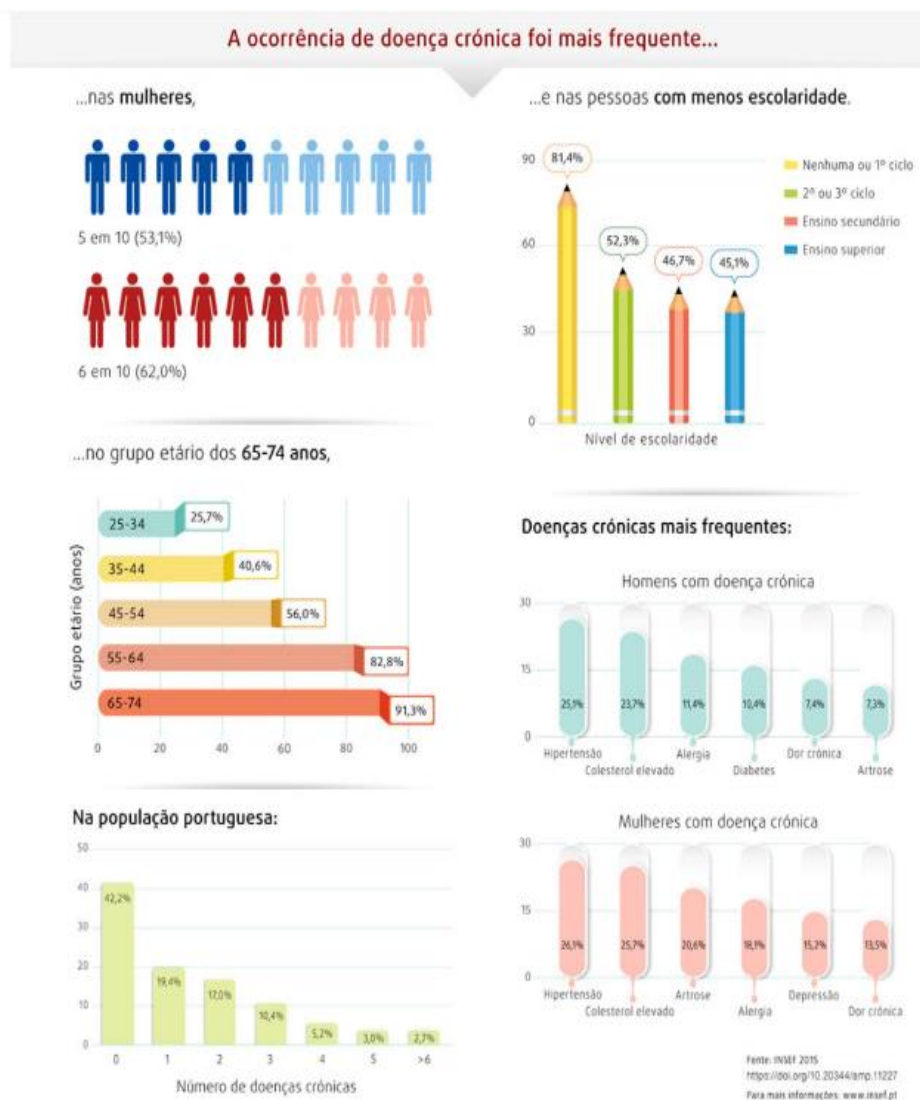
Quanto ao sexo, as mulheres têm uma esperança média de vida mais elevada, que aliada a fatores biológicos específicos, contribuem para um maior número de doenças crónicas concomitantes, tais como patologias músculo-esqueléticas ou de saúde mental. Uma outra explicação prende-se com uma maior vigilância para as questões da saúde, o que leva a um maior auto reporte.

Se tivermos em consideração a variável nível escolaridade, os escalões mais altos associam-se a um melhor estado de saúde, consequência de comportamentos mais saudáveis e maior literacia, o que pode justificar uma prevalência inferior de morbilidade múltipla.

Este inquérito teve a vantagem de conjugar informação colhida por entrevista direta ao indivíduo com dados de uma componente objetiva de exame físico e recolha de sangue.

Os indicadores apurados referem-se à população com idades entre os 25 e os 74 anos, tendo contado com a participação de 4911 pessoas, na sua maioria em idade ativa (84,3% com idade entre os 25 e os 64 anos), cerca de três quintos (63,4%) dos quais sem escolaridade ou com escolaridade inferior ao ensino secundário e 11,2% desempregados.

Figura 1 - Caracterização da doença crónica em Portugal



(Fonte: INSEF 2015)

2.1.2. Participação do doente na gestão da doença crónica e da medicação

O acentuado aumento da esperança média de vida observado nas últimas décadas nas sociedades ocidentais fez-se acompanhar pelo aumento da prevalência de doenças crónicas e também pelo crescente desenvolvimento e recurso a novos tratamentos farmacológicos.

De entre as medidas necessárias para o controlo e tratamento das doenças crónicas e suas consequências, destaca-se a participação do doente na aplicação das medidas terapêuticas prescritas.

Entende-se por participação do doente o estar envolvido ou ser-lhe permitido tornar-se envolvido num processo de tomada de decisão ou na prestação de um serviço.

De acordo com o novo paradigma da medicina e de integração, o comportamento do doente é atualmente considerado como determinante tanto para a prevenção da doença como para o seu tratamento, quando ela surge. Assim, o indivíduo não é visto como um sujeito passivo mas como podendo ser responsável pelo seu estado de saúde e pelas suas doenças.¹

Numa visão holística, a pessoa deve ser tratada como um todo e não apenas ao nível das mudanças físicas que ocorrem, adquirindo desta forma também o próprio doente uma responsabilidade acrescida. O tratamento pode passar pela alteração de comportamento, motivando mudanças nas crenças, estratégias de coping e adesão aos tratamentos acordados com os profissionais de saúde.¹⁷

Estudos que têm vindo a ser desenvolvidos no domínio da boa utilização do medicamento revelam que o envolvimento do doente crónico no processo de decisão terapêutica pode melhorar efetivamente a adesão à terapêutica e consequentemente a sua condição de saúde.¹⁸

Em virtude do peso que as doenças crónicas têm vindo a assumir nos sistemas de saúde atuais, da falta de modelos centrados no doente crónico que promovam uma autogestão da doença eficaz e da influência que os comportamentos saudáveis e a adesão ao regime terapêutico podem ter na gestão da doença crónica, urge uma abordagem que promova a capacitação e a participação do doente crónico no âmbito dos processos de tomada de decisão em saúde, a nível político e institucional.

2.2. Adesão à terapêutica

2.2.1. Definição do conceito e evolução

“The physician must not only be prepared to do what is right himself, but also to make the patient, the attendants, and externals cooperate.” Hipócrates

Pensa-se que tenha sido Hipócrates (século IV a.C.) quem pela primeira vez fez referência à importância do cumprimento dos regimes terapêuticos e da necessidade de cooperação entre médico e doente.¹⁹

Com a grande produção industrial dos medicamentos, a qual permitiu a massificação do seu consumo, desenvolveu-se esta preocupação com a adesão à terapêutica.¹⁹

No entanto, somente na década de 70, com a realização de um seminário na Universidade McMaster, onde se discutiu a *compliance* terapêutica, este tema voltou a despertar interesse na comunidade científica. Deste seminário, resultou a publicação do livro *Compliance with therapeutic regimens* por David L. Sackett e Bryan Haynes.²⁰

O termo *compliance* foi assim definido em 1979 por Haynes como o nível de coincidência entre o comportamento de uma pessoa e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde. Este conceito, questionado em trabalhos posteriores, surge muito ligado ao estrito cumprimento da prescrição médica e a uma relação médico-doente que pressupunha uma atitude passiva e submissa do doente, o que levou a Real Sociedade Farmacêutica da Grã-Bretanha a recomendar a substituição do termo *compliance* por *concordance*. Esta mudança de terminologia não foi suficientemente aceite por muitos investigadores e profissionais de saúde, fazendo emergir os termos alternativos – *adherence* ou *cooperation*.²¹

O termo *compliance* foi assim substituído pelo termo adesão que engloba o conceito de cooperação com uma visão mais igualitária da relação entre médico-doente, reconhecendo o papel ativo do paciente na constituição de uma aliança terapêutica.

Entende-se adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto.²⁰

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estende a definição do conceito abrangendo não só a aplicação do regime terapêutico como também a indicações relativas a alterações nos hábitos e estilos de vida no sentido de adotar práticas saudáveis e comportamentos preventivos de controlo ou diminuição de risco de doença.⁶

Leite e Vasconcelos referem que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total.²²

A adesão é um sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente, que assume e partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue.²³

A adesão terapêutica tornou-se um tema de grande importância na área da gestão de cuidados de saúde, sendo que esta desencadeia a melhoria ou o agravamento do estado de saúde do indivíduo e uma melhor gestão de utilização dos serviços de saúde.²⁴ Isto tem vindo a implicar uma mudança do modelo tradicional, orientado para a doença, para uma visão holística dos cuidados de saúde, centrados no indivíduo doente.²⁵⁻²⁶

O cuidado centrado no doente pode ser visto como uma medida da qualidade dos cuidados de saúde e abrange a tomada de decisão partilhada entre todos os protagonistas do processo de tratamento. É definido como uma parceria entre os profissionais de saúde e os doentes, para garantir que as decisões possam ir ao encontro dos desejos, necessidades e preferências dos doentes e que estes tenham a informação e apoio de que necessitam para tomar decisões e participar nos seus próprios cuidados.

Desta forma, alguns autores sistematizaram o conceito de adesão à terapêutica em três dimensões, com base no processo de participação dos indivíduos nos seus cuidados:¹⁹

1. A adesão (*compliance*), que se refere ao grau de aceitação do indivíduo em relação às prescrições, cumprindo o tratamento segundo as recomendações médicas;
2. A adesão (*adherence*), no sentido de manter e seguir o tratamento que foi acordado na fase anterior, com uma grande participação do doente, orientado pelos profissionais de saúde.
3. A adesão (*maintenance*), para tarefas de autocuidado, integrando o próprio doente, o tratamento no seu estilo de vida, assim como um comportamento de melhoria da saúde, tornando-se um hábito de vida.

Nas doenças crónicas, o indivíduo deve percorrer um caminho até atingir e permanecer na fase *maintenance*, fruto do seu controlo e da intervenção dos profissionais de saúde para o manter estabilizado. O indivíduo passa de um comportamento passivo, sem pôr em causa as decisões médicas, para uma atitude ativa, em que as prescrições são cumpridas porque o doente reconhece a importância das mesmas para a sua saúde.

A adesão implica assim uma participação ativa da pessoa tanto na implementação como no planeamento do regime terapêutico, assumindo a responsabilidade para obter a sua autonomia.²⁷

Na sequência desta evolução temos hoje uma nova denominação para o comportamento de adesão aos tratamentos, falando assim, no processo de gestão da adesão à medicação.²⁸

2.2.2. Fatores que influenciam o comportamento de adesão

Como já referido, a adesão terapêutica implica o cumprimento dos doentes face às recomendações dos profissionais de saúde relativamente a um tratamento proposto. Desta forma, abrange não só a toma da medicação prescrita como também outros comportamentos associados e benéficos para a saúde, como sejam:

- Adquirir os medicamentos prescritos;
- Tomar os medicamentos de forma correta, na dose e horário corretos
- Marcar e comparecer a consultas
- Realizar os exames prescritos
- Adotar comportamentos preventivos que tenham como objetivo controlar o peso, fazer uma alimentação saudável, praticar exercício físico e não fumar.²⁹

Compreende-se assim que o grau de adesão à terapêutica apresenta uma etiologia multifatorial, estando dependente de um conjunto de fatores que interagem entre si e que determinam o comportamento do paciente, contribuindo para uma menor ou maior adesão às recomendações dos profissionais de saúde.

Estes fatores podem ser agrupados em três grandes dimensões: fatores demográficos, sociais e económicos; fatores relativos à própria doença e ao regime terapêutico prescrito; fatores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde.²⁹

Fatores demográficos, socioculturais e económicos

Relativamente aos fatores demográficos, sociais e económicos, a relação entre as características dos doentes e o seu nível de adesão às terapêuticas prescritas tem sido amplamente estudada, obtendo-se, no entanto, resultados nem sempre concordantes.

Quanto à variável idade, os idosos encontram-se particularmente em risco devido à deterioração do seu estado de saúde, originando muitas comorbilidades, as quais exigem muitas vezes, regimes terapêuticos complexos. Além disso, a diminuição de algumas faculdades, como a memória, a capacidade cognitiva e de comunicação, a eventual presença de alterações psiquiátricas, a falta de mobilidade ou outras incapacidades que podem restringir o acesso e o manuseamento dos fármacos (como o simples facto de não conseguir ler os rótulos) são também suscetíveis de comprometer a correta aplicação dos tratamentos.

No entanto, é de referir que a baixa adesão à terapêutica, associada à idade, pode estar relacionada não apenas ao indivíduo, mas à falta de apoio.²⁴ A existência de um suporte

social, quer de família, amigos e estruturas de saúde, exerce uma influência muito positiva na adesão, sendo extremamente importante perceber e identificar os recursos sociais da pessoa. De um modo geral, tem-se constatado que um menor apoio social e um maior isolamento social conduzem a uma menor capacidade de adesão.³⁰

Por outro lado, outros estudos demonstram por sua vez que a idade pode não constituir um preditor para a falta de adesão à terapêutica. Efetivamente, os índices de cumprimento podem ser similares ou até mais elevados nos doentes idosos por comparação com faixas etárias jovens visto que, entre os adolescentes, a falta de supervisão, a maior autonomia, a autoimagem e as influências sociais provocam frequentemente uma diminuição da adesão.²³

Relativamente aos fatores socioeconómicos e, de um modo mais consensual, existe uma correlação entre estes e a adesão terapêutica. O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento, o desemprego ou precariedade no emprego podem constituir barreiras significativas a uma adequada adesão terapêutica. Para além da dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos, outras adversidades para a sua aquisição podem ainda ser referidas, tais como o isolamento social do doente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados de saúde.

Com respeito ao próprio doente, o nível de literacia e o conhecimento que tem sobre a doença, bem como as suas atitudes e crenças pessoais, a auto percepção da necessidade de tratamento e expectativas do indivíduo relativamente ao mesmo, apresentam-se como preditores do nível de adesão terapêutica.

A adesão ao tratamento pode ser ainda afetada por fatores cognitivos e emocionais, tais como o esquecimento, a falta de motivação intrínseca, a desconfiança em relação à obtenção de resultados positivos, a ansiedade associada às tomas de medicamentos, sobretudo em regimes terapêuticos complexos, bem como o medo de possíveis efeitos adversos ou de dependência.³¹ De todos estes fatores, o esquecimento é um dos comportamentos mais observado em estudos sobre a matéria, sendo frequentemente referido pelos doentes como o principal motivo para a não adesão, seja o esquecimento quotidiano do momento das tomas ou o esquecimento de informação importante sobre o modo como o tratamento deve ser aplicado e outras recomendações feitas pelos profissionais de saúde.

Neste grupo destacam-se ainda os apoios sociais, as condições habitacionais, o custo dos transportes e medicamentos, os conflitos e as desigualdades sociais.

Fatores relativos à própria doença e ao regime terapêutico prescrito

A gravidade da doença e a incapacidade que os sintomas provocam a nível físico, psicológico e social, são consideradas das características mais frequentemente associadas à não adesão. Tem-se verificado que os indivíduos portadores de doenças crónicas assintomáticas, não aderem frequentemente ao tratamento, verificando-se então um maior cumprimento terapêutico nas doenças agudas em relação às doenças crónicas. Para além disto, a existência de outras doenças concomitantes pode afetar também a adesão.³⁰

Relativamente aos fatores associados às características do tratamento em si mesmo, os mais relevantes prendem-se com a duração e a complexidade do regime terapêutico, na medida em que quanto mais longo e complexo for o tratamento, maior será a probabilidade dos indivíduos o abandonarem. Assim, os doentes apresentam níveis de adesão superiores quando os tratamentos são simples de aplicar e as indicações fáceis de entender, quando não estão sujeitos a mudanças frequentes do regime terapêutico, quando estes são de curta duração e quando não obrigam a alterações significativas nas rotinas diárias.⁶

Os efeitos secundários podem contribuir também para limitar o grau de adesão. Vários estudos revelam que a não adesão tende a diminuir quando a terapêutica tem poucos efeitos secundários negativos, quando apresenta uma eficácia imediata no alívio dos sintomas, bem como um baixo custo.³² A prescrição em simultâneo de numerosos medicamentos, assim como frequentes tomas diárias ou dosagens elevadas, podem também contribuir para um menor envolvimento no tratamento, tal como o tipo de fármaco e a forma como este deve ser administrado e manuseado, o desconforto que provoca (o tamanho do comprimido e o cheiro ou o sabor de um xarope, por exemplo) ou ainda devido a experiências negativas no passado com os mesmos fármacos ou similares.⁶

Apesar de a literatura referir principalmente a não adesão relacionada com a não aplicação das regras do regime terapêutico, também a excessiva utilização de medicação representa um comportamento de má adesão, do qual pode resultar maior toxicidade e uma multiplicação de efeitos secundários. Do mesmo modo, a automedicação, entendida como o consumo de medicamentos por iniciativa do doente sem lhe terem sido prescritos por um médico, constitui também um comportamento de não adesão.²³

Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde

A relação entre os profissionais de saúde e os doentes assume uma importância extrema na temática da adesão à terapêutica. Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental de apoio técnico e psicossocial e ao nível das suas capacidades de comunicação - escutar, aconselhar e compreender o doente - potenciam a confiança e motivação do doente para aderir ao tratamento.³³

A atitude e o comportamento dos profissionais de saúde em relação ao doente, além da transmissão de informação clara, utilizando uma linguagem apropriada ao nível educacional e à capacidade cognitiva de cada doente, passa também por entender e respeitar as expectativas e preocupações dos doentes.

Destacam-se ainda neste grupo outros condicionantes como o grau de desenvolvimento de sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos e a acessibilidade aos mesmos, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, a pouca oferta de consultas e a duração das mesmas, os horários desadequados às necessidades e a pouca disponibilidade para o acompanhamento e educação dos doentes.³⁰

A OMS aponta, como forma de minimizar os problemas decorrentes da ineficácia dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde, não só a formação de profissionais de saúde competentes para intervir na gestão de doenças crónicas e na adesão ao regime terapêutico, como também a criação de políticas que promovam o desenvolvimento de serviços de saúde, para que estes possam responder não só aos problemas agudos, mas que prestem cuidados adequados a doentes com doenças crónicas.

2.2.3. A não adesão à terapêutica e sua dimensão

Tem-se constatado que a problemática da adesão à terapêutica, embora não seja abrangente, é predominante nos indivíduos com doença crónica, em que cerca de 30 a 50% dos doentes não aderem à terapêutica, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico.³⁴ Já em 2003 a OMS estimava que o índice de não adesão em doenças crónicas seria de cerca de 50%.

Particularmente neste contexto das doenças crónicas, a falta de adesão é considerada um tema prioritário de saúde devido às suas repercussões negativas, nomeadamente no agravamento do estado de saúde do paciente e da sintomatologia da doença, no aumento da morbilidade, podendo levar a necessidade de novos procedimentos médicos (prescrições de mais fármacos e de realização de procedimentos de diagnóstico e terapêuticos), utilização de serviços de urgências, mais hospitalizações e um aumento das despesas de saúde.

Segundo Bugalho e Carneiro, os custos diretos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo. Consequentemente, os custos indiretos como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e no limite a morte, apresentam uma magnitude semelhante.

Diversos estudos estimam que uma média aproximada de 50% dos pacientes não tomam os medicamentos de acordo com as prescrições nos países desenvolvidos, aumentando este valor nos países em vias de desenvolvimento.^{31,35} Quando as recomendações refletem a alteração de estilos de vida, tais como deixar de fumar, modificar a dieta alimentar ou fazer exercício físico, os índices de não adesão são ainda mais elevados, com valores a rondar os 75%.²⁹

A não adesão pode ser primária, quando a pessoa não compra os medicamentos prescritos, ou secundária, quando a medicação não é tomada da forma pretendida.³⁶

Neste contexto, surgiu assim o termo de adesão parcial, fazendo referência a situações em que o doente não apresenta uma adesão total, como quando, por exemplo, o doente toma a dose na hora errada ou a dose incorreta.

Este tipo de não adesão pode ser intencional e acontece frequentemente numa fase mais aguda da doença quando ainda não há sintomatologia. O doente não cumpre o tratamento por sua iniciativa, apesar de o conhecer, não seguindo a prescrição de todo, alterando a dose ou o tempo prescrito a seguir. Esta não adesão voluntária está fortemente associada à motivação do doente.

A não adesão não intencional prende-se com a capacidade ou competência do doente para tomar os medicamentos, sendo muito comum em idosos pelo esquecimento da dose prescrita, pela confusão nos esquemas de tratamento, rótulo impreciso e/ou incapacidade de abrir as embalagens ou manipular um dispositivo.³⁷ Esta não adesão involuntária resultante da dificuldade do doente em gerir a medicação, deve-se muitas vezes à falta de compreensão da informação prestada pelo profissional de saúde.

Pode ocorrer ainda uma sobreposição dos dois tipos de não adesão, traduzida, por exemplo, no caso dum doente que, possuindo baixa perceção de necessidade do medicamento, pode considerá-lo menos importante e exibir uma tendência para esquecer a sua toma. Os doentes podem também apresentar um ou outro tipo de não adesão para medicamentos diferentes ou para o mesmo medicamento em ocasiões diferentes.

Cerca de metade da não adesão é intencional, uma forma de resistência ativa ³⁸explicada fortemente pelo conjunto de crenças que os doentes possuem acerca dos medicamentos^{39,40,41}; a restante ocorre porque o doente não tem consciência de que não

está a tomar os medicamentos como prescritos ou porque o regime terapêutico é demasiado complexo.⁴²

O estudo *Primary non- adherence in Portugal* de 2012 revela que 23% dos indivíduos reportam não adesão primária devido a *leftovers* ou problemas financeiros e, mais de 50% não adesão secundária, compram mas não tomam os medicamentos como prescrito, sendo neste caso a não adesão não intencional mais elevada que a intencional.⁴³

Uma revisão sistemática de Cutler *et al*, em que setenta e nove estudos foram incluídos, a maioria nos Estados Unidos da América, avaliando o custo da não adesão à terapêutica em 14 grupos de doenças, demonstrou que a não adesão terapêutica coloca uma carga de custos significativa nos sistemas de saúde. O custo económico anual de não adesão por pessoa ajustado a doença específica variou de US \$ 949 a US \$ 44.190 e os custos atribuídos à não-adesão devido a todas as causas variaram de US \$ 5271 a US \$ 52 341. Os principais indicadores utilizados para medir o impacto económico da não adesão à terapêutica foram o custo total dos serviços, custos de farmácia, custos hospitalares, custos de ambulatório, custos de urgência, custos médicos e custos de hospitalização.⁴⁴

Dada a relevância desta temática da não adesão à terapêutica, têm sido delineadas diversas estratégias, no entanto, sem resultados consideráveis. A razão prende-se com o facto que a maioria destas intervenções serem maioritariamente direccionadas a corrigir as falhas de adesão involuntárias, ignorando aspetos que se prendem com a intencionalidade ou vontade do próprio doente.¹¹

O fenómeno da não adesão à medicação tem sido evidenciado na literatura como uma barreira à otimização de todos os benefícios das terapêuticas atuais, representando cada vez mais, um desafio para a prática e investigação no domínio da saúde pública.

2.3. Preditores de adesão à terapêutica

2.3.1. Literacia em Saúde

O conceito de literacia em saúde apareceu pela primeira vez nos 70 e desde aí tem sido alterado ao longo do tempo.

Em 1998, a OMS definiu literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter uma boa saúde.

Não satisfeitos com esta definição, em 2006, Ilona Kickbusch *et al* criaram um novo modelo teórico sobre literacia em saúde, acrescentando a componente social e de vida em sociedade, determinando assim literacia em saúde como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no dia a dia, seja em casa, na comunidade, no local de trabalho, no recurso aos serviços de saúde, no mercado de trabalho ou na esfera política.³

O termo de literacia em saúde evolui assim de uma definição relacionada com a aquisição de competências numa perspetiva completamente individual, para um conceito que contempla também a componente social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de procurar informação, tomar decisões fundamentadas e assumir as responsabilidades dessas decisões.

Nutbeam perspetiva a literacia em saúde como uma estratégia que procura dar *empowerment* aos indivíduos para que possam ter um melhor controlo sobre a sua saúde e consequentemente uma melhor qualidade de vida.⁴⁵

O *empowerment* inclui variáveis como a motivação, o interesse, a autoestima, a autoeficácia e o sentido crítico; consiste no aumento da consciencialização do indivíduo para que consiga desenvolver as suas competências pessoais e sociais, de forma a promover ações que vão de encontro às suas necessidades de saúde.

Do ponto de vista das competências, Nutbeam refere a existência de três grandes tipos ou níveis de literacia em saúde – a funcional, a interativa e a crítica, que têm por base a capacitação ou *empowerment* e a crescente autonomia dos indivíduos.⁴⁵

Segundo o mesmo autor, a literacia em saúde funcional ilustra competências como a leitura, escrita e cálculo que permitem um adequado funcionamento ao nível da vida diária e integração nos contextos de saúde; a literacia em saúde interativa resulta da relação entre capacidades cognitivas e sociais que são usadas diariamente para recolher informações e conhecimentos, de modo a, posteriormente, aplicá-los através da participação ativa e assertiva nos cuidados de saúde; e, por último, a literacia em saúde crítica, tal como a anterior, integra competências cognitivas e sociais, competências essas que devem ser usadas em reflexões críticas perante informações adquiridas, com o objetivo de depois usar essas mesmas informações para adotar comportamentos de controlo, autonomia e tomadas de decisões ligadas à saúde e doença.

O conceito de literacia em saúde define-se assim, segundo Sorensen, como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter, compreender, avaliar e aplicar a informação de forma a fazer

juízos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde.⁴⁶

As competências de literacia em saúde incluem:¹

- Conhecimentos básicos sobre saúde, que facilitem a adoção de comportamentos protetores de saúde e de prevenção da doença
- Competências de utilização dos sistemas de saúde e de capacidade de interação com os profissionais de saúde, com participação ativa na tomada de decisão
- Conhecimento dos direitos em saúde e participação informada em debate político de assuntos relacionados com a saúde.

Dada a sua natureza social e interdisciplinar, a literacia em Saúde é assim influenciada pelos sistemas de saúde, pela educação, pela comunicação social, pela família, pelo ambiente de trabalho, pela comunidade e pelas decisões políticas.⁴⁷

Deste modo, torna-se evidente que a literacia em saúde é atualmente considerada uma ferramenta imprescindível, não só para compreender a informação oral e escrita dada pelos profissionais de saúde, seguir prescrições e navegar adequadamente no sistema de saúde, como também desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde individual e coletiva e na gestão dos recursos e ganhos em saúde.^{48,49}

Adequados níveis de literacia em saúde traduzem-se num melhor estado de saúde, na redução dos custos em cuidados de saúde, no aumento do conhecimento em saúde e na utilização mais eficiente dos serviços de saúde.⁵⁰

Contrariamente, a baixa literacia em saúde relaciona-se com a dificuldade na prevenção e na gestão de problemas de saúde, bem como com comportamentos ineficazes de saúde como seja com o uso inadequado de medicamentos. Está também associada ao recurso excessivo aos serviços de saúde, nomeadamente os de urgências, a uma diminuição da utilização de medidas preventivas e a uma fraca adesão à prescrição terapêutica.⁴

Muitos investigadores defendem que doentes com nível de literacia inadequados, para além de possuírem um conhecimento reduzido sobre a sua patologia, têm dificuldades em identificar medicamentos e interpretar a informação contida nos folhetos informativos.⁵¹

Kripalani e colaboradores publicaram um estudo no qual demonstraram que o nível de literacia inadequado está significativamente associado aos erros de medicação e a uma reduzida capacidade de gestão da mesma.⁵²

Sugere-se assim que a literacia em saúde está fortemente relacionada com a adesão à terapêutica, tendo os farmacêuticos e os médicos um papel essencial na educação dos doentes em relação à toma apropriada dos seus medicamentos.

Os profissionais de saúde devem estar cientes do nível de literacia em saúde dos doentes e transmitir a informação adequada às necessidades e capacidade de perceção de cada doente, particularmente nos idosos e nos indivíduos com baixo nível de escolaridade, nos quais a questão da literacia é mais problemática.^{4,53,54}

Uma abordagem centrada nas decisões de saúde partilhadas entre o cidadão e o profissional de saúde, com o intuito de maximizar a adesão à terapêutica, pressupõe o aconselhamento e o esclarecimento técnico dos doentes acerca dos riscos e vantagens das diversas opções de tratamento possíveis.

Neste sentido, recomenda-se a implementação de processos específicos de informação ao cidadão e, seu acompanhamento, com o intuito de desenvolver as suas capacidades de autogestão da doença e respetiva capacitação, envolvendo-o, assim como ao núcleo familiar, nas decisões terapêuticas.

2.3.2. Crenças sobre Medicamentos

Considerando os conceitos de adesão e não adesão à terapêutica, como questões de ordem comportamental, torna-se pertinente estudar fatores que influenciem os comportamentos, em especial os relacionados com o processo de adesão terapêutica, nomeadamente as crenças sobre medicamentos.

As crenças ou cognições têm sido bastante estudadas e são efetivamente preditores na adesão terapêutica.⁵⁵

As crenças sobre o tratamento em geral e sobre os medicamentos em particular são influenciadas pelas crenças sobre a doença em causa e pela perceção da sua gravidade, assim como as expectativas sobre a eficácia e necessidade do tratamento. Diferentes indivíduos têm perceções diferentes acerca do papel, significado e grau de importância ou de risco associados ao consumo de fármacos e, como tal, desenvolvem diferentes crenças acerca dos mesmos, podendo estas crenças influenciar a forma como os indivíduos aderem ao tratamento farmacológico.⁵⁶

A *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* reconheceu, no seu relatório, o importante papel das crenças que as pessoas possuem acerca dos medicamentos e considerou tal assunto como uma prioridade para a investigação.⁵⁷

Num estudo que envolveu 1200 doentes, Horne *et al* classificaram as crenças dos doentes acerca dos medicamentos, dedicados a tratar quatro categorias de doenças crónicas, em crenças específicas, por duas classes. Essas classes compreendem crenças acerca da necessidade de o doente fazer uso dos seus medicamentos para preservar a sua saúde e crenças acerca de preocupações relacionadas com potenciais efeitos adversos relacionados com o seu uso.⁵⁶

As preocupações relacionadas com os efeitos secundários causados pela toma continuada de medicação, a dependência e a ineficácia, podem traduzir uma reação emocional de medo e ansiedade, o que leva a uma adesão parcial ou, até mesmo, não adesão à terapêutica.⁵⁸ A perceção dos sintomas pode incentivar o uso dos medicamentos, reforçando a crença na necessidade. Contrariamente a ausência de sintomas graves pode dar origem a dúvidas sobre a necessidade de tratamento.

O trabalho de Horne *et al.* conduziu à elaboração dum questionário que permite um acesso quantitativo às crenças acerca dos medicamentos, o *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ).⁵⁶ O questionário inclui questões que se prendem com as crenças dos doentes acerca da necessidade dos seus medicamentos e questões relacionadas com as preocupações acerca dos mesmos. De acordo com os autores, e na sequência da análise de diversos estudos que recorrem ao uso deste instrumento, as crenças dos doentes acerca dos medicamentos, influenciam a motivação para o tratamento e a adesão à terapêutica.⁵⁵

Em síntese, quanto maior for o score das necessidades, maior será a probabilidade de adesão do doente à terapêutica; quanto maior for o score das preocupações, menor será a probabilidade de adesão do doente à terapêutica; quanto maior for o score da diferença Necessidades-Preocupações, maior será a probabilidade de adesão do doente à terapêutica.

Em 2013, Horne *et al*, realizaram um trabalho de revisão de numerosos estudos que recorrem ao BMQ, procurando avaliar a utilidade do mesmo para explicar o comportamento de adesão dos doentes. Num universo de 94 estudos incluindo doentes adultos com doença crónica (diferentes doenças crónicas) em tratamento com medicamentos, observaram que valores de adesão mais elevados apresentam associação com perceções mais fortes acerca da necessidade do tratamento e menos preocupações associadas ao mesmo. Os autores concluem que o modelo necessidade-preocupação representa um instrumento conceptual útil para compreender a perspetiva dos doentes acerca dos medicamentos que lhes são prescritos.⁵⁵

A investigação tem mostrado que a perspetiva do paciente, relativamente às convicções pessoais sobre os medicamentos, tem importância na não adesão à terapêutica.

Os doentes têm as suas próprias ideias e perspetivas em relação ao uso de medicação e tomam decisões, baseadas nas suas crenças e experiências; ponderam o risco/benefício relativamente à toma da medicação e determinam, de acordo com a eficácia, segurança e os resultados em saúde, a sua adesão ou não ao tratamento.

Um estudo promovido pela Apifarma a fim de conhecer melhor as atitudes e comportamentos da população portuguesa perante a adesão à terapêutica, veio demonstrar que 46,7% dos portugueses refere o esquecimento como a principal causa de incumprimento do esquema terapêutico; 26,6% não cumpre por pensar que já não precisa de fazer o fármaco por se sentir melhor e 22,2% pelos seus efeitos secundários. Na relação com o profissional de saúde, 31,7% dos utentes referem ter receio de fazer perguntas ao seu médico; 28,1% não prestam atenção quando o médico está a explicar o esquema terapêutico; 20,5% não entendem as vantagens do tratamento e 12,5% não confiam no médico.²⁹

Este contexto reforça a importância, de avaliar os medos e crenças, por vezes falsas, relacionadas com a medicação. Assim, tomar em consideração as crenças dos doentes acerca da necessidade dos medicamentos e as suas preocupações com estes, poderá melhorar a qualidade da prescrição, auxiliando os profissionais a envolver os doentes nas decisões terapêuticas.

O conhecimento das crenças e das circunstâncias que envolvem o doente podem favorecer a criação de estratégias capazes de identificar, avaliar e modificar interpretações da própria doença e por consequência os comportamentos relacionados à adesão terapêutica.

2.3.3. Fontes de Informação em Saúde

A informação em saúde desempenha um papel central nos sistemas de saúde, contribuindo para a melhoria dos resultados de saúde das respetivas populações.

A obtenção de informação está condicionada não só pelo tipo de fonte a que se recorre como também pela intensidade de exposição à mesma, fortemente relacionada com a importância e confiança atribuída a essa mesma fonte de informação. Estar exposto ou privilegiar determinadas fontes reflete-se seguramente em termos de literacia e consequentemente no processo de adesão terapêutica.⁵⁹

As fontes de informação são consideradas como redes de indivíduos, grupos ou instituições que fornecem dados e recursos sobre diversas matérias que podem influenciar as atitudes e comportamentos dos indivíduos. Estas fontes são canais de comunicação informativa que englobam redes interpessoais, organizacionais e mediáticas, com um papel importante no processo de formação de opinião.⁶⁰

Os fatores como a necessidade de se ter conhecimento, o ambiente e o contexto onde a informação é necessária, influenciam também a forma como esta informação é recolhida, especialmente as fontes privilegiadas e a frequência da sua utilização.⁶¹ As fontes de informação funcionam como parte da estratégia para abordar a literacia em saúde.⁶²

A OMS vê a comunicação como uma estratégia-chave no processo de disseminação de informação sobre temas centrais à saúde das populações.⁶³

O uso dos media e de outras inovações tecnológicas para disseminar informação de saúde útil ao público, aumenta a consciência sobre aspetos específicos de saúde individual e coletiva, assim como, sobre a importância dos desenvolvimentos em saúde. Todavia, estes mesmos meios, além de não serem inclusivos pois não existe igualdade de acesso, podem veicular informação incorreta e induzir os indivíduos em erro.⁶³

A utilização da Internet pelos portugueses apresenta ainda grandes disparidades, pois, entre as pessoas que não sabem utilizar a Internet ou precisam de ajuda para o fazer, estima-se cerca de 50% da população residente em Portugal. À questão geracional associam-se outras, como os níveis educacionais, contextos profissionais e recursos financeiros.⁶⁰

Se por um lado, os portugueses consideram a Internet, um espaço facilitado onde se pode aceder a informações diversificadas e de forma anónima e confidencial, por outro, percebe-se a influência de fortes restrições que não permitem considerar, pelo menos para já, um aumento da dependência neste recurso, por substituição dos restantes. Falta de confiança, ausência de controlo na informação disponibilizada e a existência de informações contraditórias são dos motivos mais apontados. Mesmo em relação a outras fontes de informação, como a televisão, os jornais ou revistas, a confiança na Internet apresenta valores mais baixos sobre os conteúdos relacionados com saúde e bem-estar.

De um modo geral, as fontes que implicam interação social são claramente as preferidas, não havendo nenhum dado que aponte que a Internet esteja a substituir as redes de aprendizagem dominadas pelos profissionais de saúde e pelos familiares/amigos mais próximos.⁶⁰

Quando e como os indivíduos usam informações suplementares tem variações e está associado a fatores como a literacia em saúde, o estado de saúde, a ocupação, o nível educacional, cognitivo, emocional, entre outros fatores que se refletem na confiabilidade maior ou menor das fontes com que contactam.

De entre as fontes privilegiadas, a fonte de informação mais comum e confiável são os profissionais de saúde. As pessoas tendem a recorrer a outras fontes de informação de saúde como a família, amigos e outros media para complementar as informações fornecidas por estes profissionais.⁶⁴

Os profissionais de saúde como especialistas assumem um papel importantíssimo no processo de comunicação e aconselhamento ao doente, orientando e influenciando decisões.

A comunicação entre profissionais de saúde e doentes é naturalmente problemática. Os profissionais tendem a utilizar termos técnicos e frequentemente comunicam mais informação do que aquela que os doentes conseguem processar. Os doentes, mesmo aqueles com boas habilidades de linguagem, consideram difícil processar a informação dos técnicos de saúde porque não estão familiarizados com a terminologia técnica e porque ao estarem apreensivos com as suas queixas, têm dificuldade em manter-se concentrados.⁶⁵

Uma boa estratégia para favorecer a compreensão e retenção da informação especialmente por parte de doentes com baixa literacia, será o uso de uma linguagem simples associada ao recurso a pictogramas para melhorar a comunicação.

De acordo com Maguire e Pitceathly, quando os profissionais de saúde utilizam competências de comunicação eficazes, eles próprios e os doentes beneficiam: os profissionais identificam mais assertivamente os problemas dos doentes ⁶⁶; os doentes compreendem melhor as opções terapêuticas com uma maior probabilidade de aderir aos tratamentos e adotar as orientações para a mudança de comportamentos.

Diversos autores realçam ainda a importância da memória para a compreensão da informação, a satisfação com o tratamento, assim como o envolvimento e a motivação do doente como fatores adjuvantes de adesão terapêutica.^{42,67,68}

De entre os vários profissionais de saúde e dada a proximidade e familiaridade, o farmacêutico assume um papel privilegiado e relevante no contacto com o doente e na promoção da adesão à terapêutica. Um papel de aconselhamento e esclarecimento sobre as prescrições, atuando de forma complementar, com o seu conhecimento profissional, para um cumprimento mais efetivo das indicações dadas pelo médico e a correta aplicação da terapêutica.

O farmacêutico contribui fortemente para o uso responsável do medicamento, quer na acessibilidade com a promoção da utilização de medicamentos genéricos, contornando a questão do custo dos medicamentos, quer no aconselhamento na dispensa, proporcionando, por conseguinte, o maior benefício do tratamento.

O farmacêutico influencia atitudes, crenças e comportamentos preventivos cruciais para o sucesso de medidas de prevenção e controlo da doença, contribuindo para uma melhor gestão da doença crónica. Está ainda fortemente consciencializado e envolvido na promoção da literacia em saúde.¹⁰

2.4. Intervenções para promover a adesão à terapêutica na doença crónica

Segundo a OMS, aumentar a eficiência das intervenções para melhoria da adesão à terapêutica pode ter mais impacto na saúde da população do que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos, sendo de notar que o impacto de uma não adesão cresce à medida que a carga da doença crónica aumenta, prejudicando os resultados em saúde.

Bugalho e Carneiro destacam as intervenções educativas e comportamentais como métodos simples para aumentar a adesão à terapêutica com medicamentos em patologias crónicas.

Como medidas educativas, realçam a administração de informação oral e escrita com eventual recurso a ajudas audiovisuais e/ou informática, programas educacionais individuais e/ou em grupo.²³

Como medidas comportamentais, os mesmos autores sugerem:

- o aumento da comunicação entre profissionais de saúde-doente e do aconselhamento sobre a doença e tratamento, na consulta ou via telefone
- a simplificação dos esquemas terapêuticos com diminuição do número total de fármacos e de doses,
- o envolvimento do doente no seu tratamento,
- o recurso a memorandos como seja o esquema da medicação em local visível e medicação organizada em caixas multicompartimentais diárias com inscrição do dia da semana e horário.
- o reforço ou recompensa pela melhoria da adesão e resultados terapêuticos.

Um estudo coordenado pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz distinguido pela Bolsa de Inovação da Ordem dos Farmacêuticos, em que os estagiários

estiveram ativamente envolvidos no recrutamento e acompanhamento de idosos, demonstrou que a utilização das caixas dispensadoras pode revelar-se muito eficaz como estratégia promotora da adesão não intencional.⁶⁹

Outros autores, Osterberg e Blaschke, agrupam também os métodos para promover a adesão ao regime terapêutico em quatro categorias principais: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e tipo de fármaco e a disponibilidade dos serviços de saúde em apoiar o doente.³¹

Numa revisão de literatura, Kripalani *et al* concluíram que são diversos os tipos de intervenção que demonstram aumentar a adesão à terapêutica em doentes crónicos, desde educacionais a comportamentais. No entanto, poucas demonstram ter repercussões nos resultados clínicos, parecendo mesmo assim as que consistem na simplificação do esquema terapêutico, as intervenções mais efetivas.

A nível económico, as intervenções que visem melhorar a adesão à terapêutica traduzem-se num evidente retorno do investimento, conforme evidência internacional, que quantifica, no caso da diabetes, um retorno financeiro de três dólares (USD) por cada dólar investido em programas de adesão à terapêutica, realizados por farmacêuticos.⁷⁰

Um estudo do *IMS Health* conclui ainda que estas intervenções podem resultar numa melhoria de 35% na adesão à terapêutica, sendo também custo-efetivas, ao originarem uma poupança de 4,6% nos custos totais em saúde.⁸

Neste sentido, considerando que as melhorias nos índices de adesão à terapêutica aumentam a efetividade do tratamento e a segurança do doente, recomenda-se o desenvolvimento de programas de adesão à terapêutica centrados no doente e que envolvam, quando necessário, o respetivo agregado familiar, com o objetivo de promover a toma dos medicamentos de acordo com a prescrição, a diminuição do desperdício e a racionalização de custos.

A título de exemplo, em muitas farmácias comunitárias já se encontra disponível o serviço de Preparação Individualizada da Medicação, uma forma de disponibilizar semanalmente ao doente crónico os seus medicamentos, divididos nas tomas diárias, o que diminui a ocorrência de erros e consequentemente aumenta a eficácia e segurança da medicação.

Outro serviço para promover a adesão terapêutica é a Revisão da Medicação, o qual consiste na identificação e/ou resolução de problemas relacionados com a medicação definidos pelo Foro de Atencion Farmacéutica como “situações que causam ou podem causar o aparecimento de um resultado negativo associado ao uso dos medicamentos”,

permitindo identificar interações medicamentosas, discrepâncias nas dosagens, efeitos secundários, contraindicações, duplicação da terapêutica e outras questões de adesão.

Neste serviço, durante a entrevista farmacêutica é recolhida informação, através de um questionário, de forma a conhecer a história clínica e o regime terapêutico instituído (medicamentos, posologia, duração do tratamento, etc), bem como a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica e/ou suplementos alimentares. Com base nesta informação e tendo em conta o histórico farmacoterapêutico do doente na farmácia, todos os medicamentos são analisados.

A Revisão da Medicação surge assim como uma oportunidade para corrigir erros não intencionais e atuar em conformidade, melhorar a adesão e gestão terapêutica, contribuindo também para o encaminhamento precoce de casos que necessitam de avaliação médica.

Melhorar a adesão terapêutica é um processo contínuo e dinâmico que requer um conjunto de orientações adequadas às necessidades individuais de cada doente e dirigidas a barreiras como falta de informação, de motivação, de autoestima, de autoeficácia e ausência de apoio na mudança de comportamentos.

Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados e treinados para monitorizar e intervir no processo de adesão, acompanhando o progresso do doente em cada contacto e otimizando os resultados terapêuticos, diminuindo assim as complicações de saúde inerentes às diversas doenças crónicas.

3. METODOLOGIA

3.1. Objetivo e Desenho de Investigação

A presente investigação tem como principais objetivos:

- Analisar a adesão à terapêutica na população com doença crónica;
- Avaliar a influência da literacia em saúde, das crenças sobre medicamentos e das principais fontes de informação em saúde, na adesão à terapêutica da população com doença crónica;

Partindo dos objetivos principais, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a pessoa com doença crónica;
- Medir o nível de adesão à terapêutica da população com doença crónica;
- Medir o nível de literacia em saúde da população com doença crónica;
- Avaliar as principais fontes de informação em saúde da população com doença crónica;
- Avaliar as crenças sobre os medicamentos da população com doença crónica;
- Correlacionar o nível de adesão à terapêutica com o nível de literacia em saúde;
- Correlacionar o nível de adesão à terapêutica com as crenças sobre os medicamentos;
- Correlacionar o nível de adesão à terapêutica com as principais fontes de informação em saúde;
- Avaliar o peso do conjunto literacia em saúde, crenças sobre medicamentos e fontes de informação na adesão à terapêutica.

Para realizar os objetivos enunciados, realizou-se um estudo observacional descritivo transversal, em que os dados foram recolhidos em determinado tempo cronológico, não havendo período de acompanhamento nem seguimento dos indivíduos.

3.2. População alvo e Estratégia de Amostragem

A população é composta pelos indivíduos adultos utentes de farmácias nacionais, recrutadas voluntariamente pela Ordem dos Farmacêuticos para este estudo, e detentores de prescrição médica de pelos menos um medicamento para uma doença crónica.

Para efeitos deste estudo, considerou-se doença crónica qualquer doença com uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas

irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.¹⁴

A amostra deste estudo é constituída por 412 utentes de 40 farmácias, que solicitaram, sob prescrição médica e para uso próprio, pelo menos um medicamento indicado para doença crónica. Na eventualidade de mais de um medicamento preencher o critério de inclusão, é considerado o medicamento que consta na prescrição em primeiro lugar.

Cada farmácia idealmente realizaria 30 questionários junto dos seus utentes, feito pelo farmacêutico no momento da dispensa da terapêutica, o que não se verificou na totalidade das 40 farmácias.

O recrutamento de utentes foi efetuado em três dias consecutivos durante o horário de funcionamento normal da farmácia (9-20h), convidando um utente por hora que satisfaça os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão foram ser maior de idade, adquirir medicamentos com prescrição médica para uma doença crónica e os medicamentos adquiridos serem para utilização própria.

A seleção e o recrutamento dos participantes foram efetuados de acordo com a estratégia de amostragem definida e respetivos critérios de inclusão. No momento da dispensa dos medicamentos o utente foi questionado sobre a sua disponibilidade de participar no estudo e em caso afirmativo, foi preenchido previamente o consentimento informado. Face ao tempo estimado para responder ao questionário, cerca de 15 minutos, e de forma a captar a total atenção do participante, a entrevista foi realizada num espaço com privacidade na farmácia.

Todos os dados recolhidos nos questionários foram submetidos através do formulário online.

A formação dos farmacêuticos foi assegurada por uma sessão online para apresentação do instrumento e protocolo de aplicação.

3.3. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário composto por diferentes grupos para a avaliação do nível de literacia em saúde, das fontes de informação em saúde utilizadas, do nível de adesão à terapêutica, das crenças específicas acerca dos medicamentos e por fim a caracterização sociodemográfica.

Procedeu-se à avaliação do nível de literacia em saúde com base no Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU-PT), *Short version* (16 perguntas), validado para a população portuguesa.

O conceito subjacente ao questionário HLS-EU-PT engloba o conhecimento individual, a motivação e as competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, permitindo a capacidade crítica e de tomada de decisão nas dimensões de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde.⁷¹ Pretende-se que, através de uma escala de 4 valores, muito fácil ao muito difícil, o indivíduo se autoavalie face à dificuldade sentida na execução de tarefas relevantes na gestão da sua saúde.

Relativamente às fontes de informação, a avaliação foi feita em duas fases: a primeira, pretendendo-se saber nos últimos 12 meses, numa escala de muito raramente a muito frequentemente, a frequência com que utilizou as 10 fontes de informação inquiridas; numa segunda fase, identificar as revistas/jornais, sites e programas de televisão, através dos quais, os indivíduos procuram informação sobre saúde.

Para recolha de informação sobre crenças específicas sobre os medicamentos foi utilizado o BMQ⁷², pretendendo-se que o doente exprima, através de uma escala de discordo fortemente a concordo fortemente, o seu grau de concordância com as 11 afirmações relativas às crenças específicas sobre medicamentos.

O BMQ – Crenças específicas é um questionário de 11 itens que compreende duas subescalas: uma escala de necessidade específica de 5 itens, a qual avalia as crenças do paciente sobre a sua necessidade em relação ao medicamento e a importância do medicamento na manutenção de sua saúde no momento atual e no futuro; e uma escala de preocupação específica de 6 itens, a qual avalia as crenças sobre a sua preocupação com os efeitos a longo prazo, a dependência e outros efeitos perturbadores.^{56,73}

O score total das subescalas necessidades e preocupações varia entre 5-25 e 6-30, respetivamente. Quanto maior o score, maiores as crenças na necessidade da toma da medicação e das crenças acerca dos efeitos secundários da mesma. A diferença entre necessidade e preocupações também pode ser calculada, subtraindo o score da subescala das preocupações ao score da subescala das necessidades (N-P). Um score mais elevado será indicador de maiores necessidades e/ou menores preocupações, representando uma baixa probabilidade de uma não adesão intencional do doente à sua medicação.^{56,73}

A adesão à terapêutica foi avaliada recorrendo a duas questões : “No último mês, tomou sempre este medicamento?” e “Na seguinte régua, assinale como classifica o seu cumprimento da terapêutica, sendo que 100 significa que toma sempre este medicamento e que 0 que nunca o toma”(escala visual analógica).

A parte final do questionário caracteriza a amostra quanto à idade, sexo, nível de escolaridade, ser profissional de saúde, morbilidade múltipla, apoio na gestão da doença e área geográfica.

3.4. Variáveis em estudo

As variáveis consideradas neste estudo são:

- Adesão à terapêutica;
- Literacia em Saúde:
 - Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos;
 - Capacidade de compreensão da informação médica e do seu significado;
 - Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas;
 - Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas;
 - Capacidade de acesso a informação sobre fatores de risco;
 - Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado;
 - Capacidade de interpretação e de avaliação de informações relacionadas com os fatores de risco;
 - Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco;
 - Capacidade de atualização sobre questões de saúde;
 - Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado;
 - Capacidade de interpretação e de avaliação de informações sobre questões relacionadas com a saúde;
 - Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde;
- Crenças sobre medicamentos:
 - Perceção das necessidades da toma de medicamentos;
 - Preocupações quanto à toma de medicamentos;
- Fontes de informação em saúde;
- Idade;
- Sexo;

- Nível de escolaridade;
- Ser profissional de saúde;
- Morbilidade múltipla;
- Apoio na gestão da doença;
- Área geográfica de residência.

3.5. Estratégia de Tratamento de dados

Para a análise e tratamento dos dados resultantes da aplicação do questionário recorreu-se à estatística descritiva e inferencial, através da utilização do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS-24.0©), sendo os resultados apresentados com recurso a tabelas e gráficos, com os respetivos dados estatísticos, precedidos de análise.

A morbilidade múltipla foi definida como a presença de 2 ou mais doenças crónicas, tendo por base o INSEF já referido no enquadramento teórico.

Para aferir os níveis de literacia em saúde e, de acordo com Ana Rita Pedro⁷⁴, os indicadores foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0-50, através da seguinte fórmula: $I = [(X - 1)/3] * 50$,

em que,

I – Índice específico calculado

X – Média das questões respondidas para cada indivíduo

1 – Valor mínimo possível da média (conduz a um valor mínimo do índice igual a 0)

3 – Intervalo da média

50 – Valor máximo escolhido para a escala,

sendo os índices assim categorizados de “Inadequado” (0-25), “Problemático” (>25-33), “Suficiente” (>33-42) ou “Excelente” (>42-50).

Relativamente à avaliação das fontes de informação em saúde utilizadas, os dados referentes às respostas foram agrupados em duas categorias Muito Raramente + Raramente e Frequentemente+Muito Frequentemente.

Os dados recolhidos pelo BMQ foram também recodificados em três categorias referentes à concordância: discordo (respostas discordo totalmente e discordo), concordo (respostas concordo e concordo totalmente) e não tenho a certeza.

Como já referido, o nível de adesão à terapêutica foi calculado com base em duas questões: a primeira “No último mês, tomou sempre este medicamento?” e desde logo, os que responderam negativamente a esta questão, ficaram classificados como não aderentes; a segunda “Na seguinte régua, assinale como classifica o seu cumprimento da terapêutica, sendo que 100 significa que toma sempre este medicamento e que 0 que nunca o toma”, tendo sido classificados como aderentes, os que previamente responderam afirmativamente na primeira questão e que se posicionaram acima do ponto de corte, entre 80 a 100.

Para efeito de análise e de acordo com a literatura, foi escolhido como *cut-off*, de definição do doente como aderente, o uso dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento.²²

Para o estudo da associação entre variáveis recorreu-se à estatística inferencial pela análise bivariada com os testes de hipóteses teste t para variáveis contínuas e teste de qui-quadrado para variáveis categóricas, procedendo-se à comparação dos grupos Não Aderentes e Aderentes.⁷⁵

Identificadas as variáveis preditivas, procurou-se de seguida, através do modelo de regressão linear múltipla, identificar em que medida estas variáveis contribuem e explicam a adesão à terapêutica.

Todos os testes foram realizados para um nível de significância de 5%. Caso o valor de p obtido no teste estatístico seja inferior a 0,05, verifica-se a existência de diferença ou relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos após a análise da base de dados em SPSS®, referente à informação recolhida através dos questionários, mencionados no capítulo anterior deste documento, e que se inserem na linha de investigação e no projeto Saúde que Conta.

4.1. Análise descritiva

4.1.1. Caracterização sociodemográfica da população com doença crónica

A amostra é constituída por 412 indivíduos, que solicitaram sob prescrição médica, pelo menos um medicamento indicado para doença crónica.

A amostra em estudo apresenta, quanto ao género, uma proporção maior de mulheres do que de homens, 57% e 41%, respetivamente.

A idade varia entre os 18 e os 94 anos, sendo a média de idades de 64,5 anos (dp= 13,7). A amostra apresenta assim uma distribuição etária em que prevalece a categoria 65 ou mais anos (52,4%), seguida da dos 46-64 anos (35,7%).

Quanto ao nível de escolaridade, 67,7% apresentam um nível de escolaridade igual ou inferior ao 9ºano de escolaridade, sendo o valor de instrução primária expressivo 38,6% e apenas uma minoria tem ensino superior (15,78%).

Relativamente à questão de ser profissional de saúde/estudante, verifica-se que a sua percentagem é residual, não tendo por isso expressão no universo total da amostra.

O questionário foi aplicado uniformemente por todo o país, tendo em conta a densidade populacional das várias regiões, conseguindo-se assim uma amostra representativa a nível nacional da população portuguesa.

Os dados sociodemográficos da amostra são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

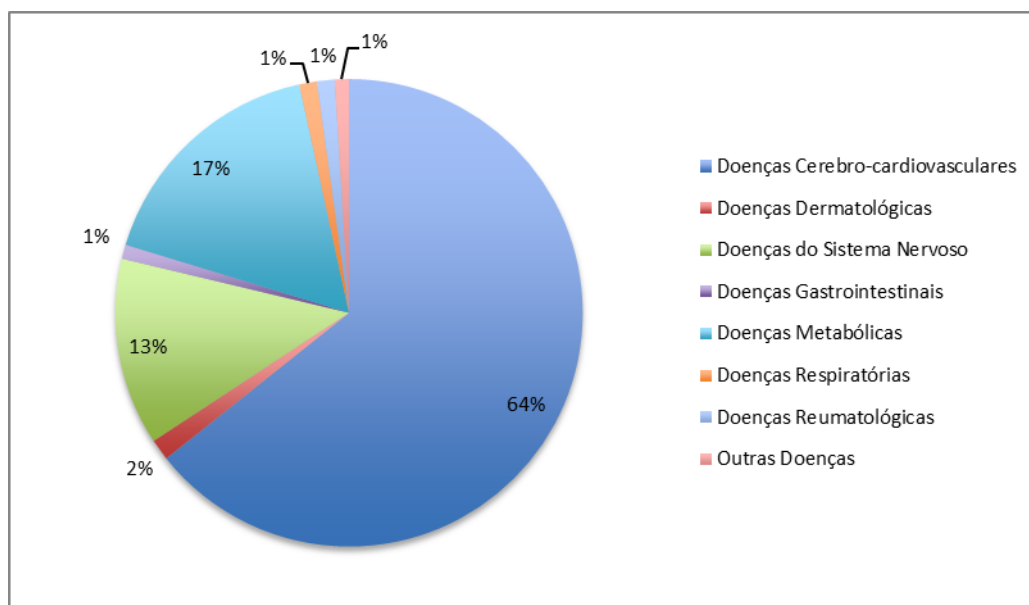
	SEXO MASCULINO		SEXO FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
	169	41	235	57	404*	98,1*
IDADE (ANOS)						
Dos 18 aos 45 anos	20	4,86	19	4,61	39	9,47
Dos 46 aos 64 anos	56	13,59	91	22,08	147	35,7
65 ou mais anos	92	22,33	124	30,10	216	52,4
(Omissos)					(10)	(2,43)
NÍVEL DE ESCOLARIDADE						
Não sabe ler nem escrever	5	1,21	6	1,46	11	2,67
Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade	8	1,94	11	2,67	19	4,61
1º ciclo (até 4ºano)	64	15,53	95	23,06	159	38,59
2º ciclo (5º e 6º ano)	17	4,13	20	4,85	37	8,98
3º ciclo (7º e 9º ano)	22	5,34	31	7,52	53	12,86
Secundário	27	6,55	29	7,04	56	13,59
Ensino Superior	25	6,07	40	9,71	65	15,78
Prefere não responder / Não sabe	0	0,00	2	0,49	2	0,49
(Omissos)					(10)	(2,43)
PROFISSIONAL DE SAÚDE/ESTUDANTE EM ÁREAS RELACIONADAS COM A SAÚDE?						
Sim	12	2,91	20	4,85	32	7,77
Não	157	38,11	212	51,46	369	89,56
(Omissos)					(11)	(2,67)
ÁREA GEOGRÁFICA DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO						
Norte	68	16,50	86	20,87	154	37,38
Centro	24	5,83	27	6,55	51	12,38
Lisboa e Vale do Tejo	33	8,01	70	16,99	103	25,00
Alentejo	18	4,37	20	4,85	38	9,22
Algarve	16	3,88	17	4,13	33	8,01
Região Autónoma da Madeira	10	2,43	15	3,64	25	6,07
(Omissos)					(8)	(1,94)

(*) Número de casos omissos = 8, o que equivale a uma percentagem de 1,9%.

4.1.2. Distribuição das doenças crónicas mais frequentes na população com doença crónica

As doenças crónicas mais frequentes na amostra são as doenças cerebrocardiovasculares, destacando-se a Hipertensão Arterial, presente em 158 doentes, seguida da Dislipidémia com n=70; as doenças metabólicas com a Diabetes presente em 69 doentes e as doenças do Sistema Nervoso, com Depressão e Ansiedade reportadas em 52 indivíduos (gráfico 1).

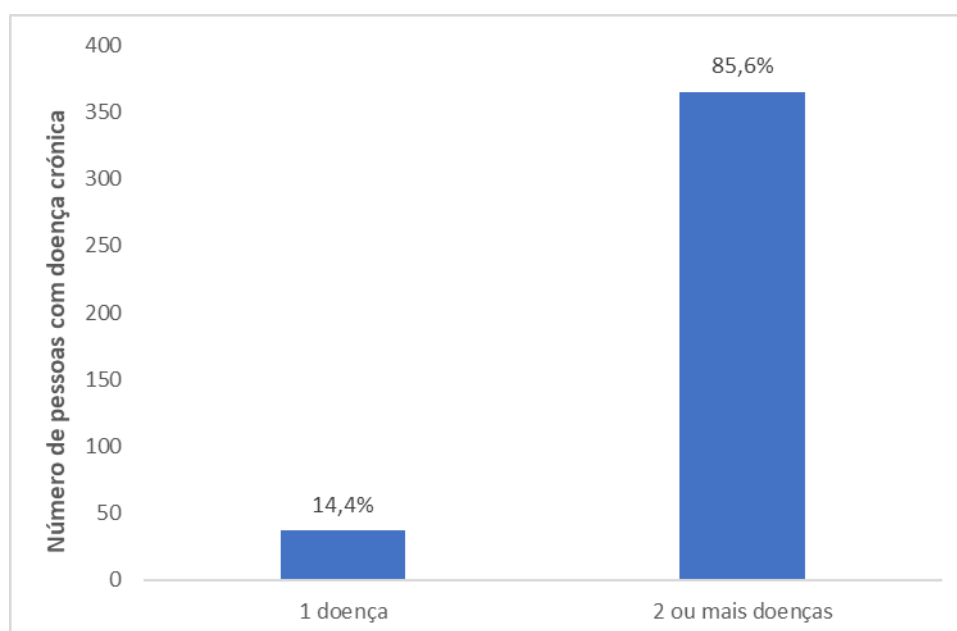
Gráfico 1 - Doenças crónicas mais frequentes na população com doença crónica



4.1.3. Caracterização da população com doença crónica relativamente à morbilidade múltipla

Quanto à morbilidade múltipla, 85,60% (n=365) dos doentes apresentam 2 ou mais doenças crónicas, sendo os outros 14,4% (n=37) portadores de uma doença crónica. A média de doenças é de 4,3 (DP 2.12) e mediana de 4, ou seja, mais de 50% dos doentes apresentam 4 doenças concomitantemente (gráfico 2).

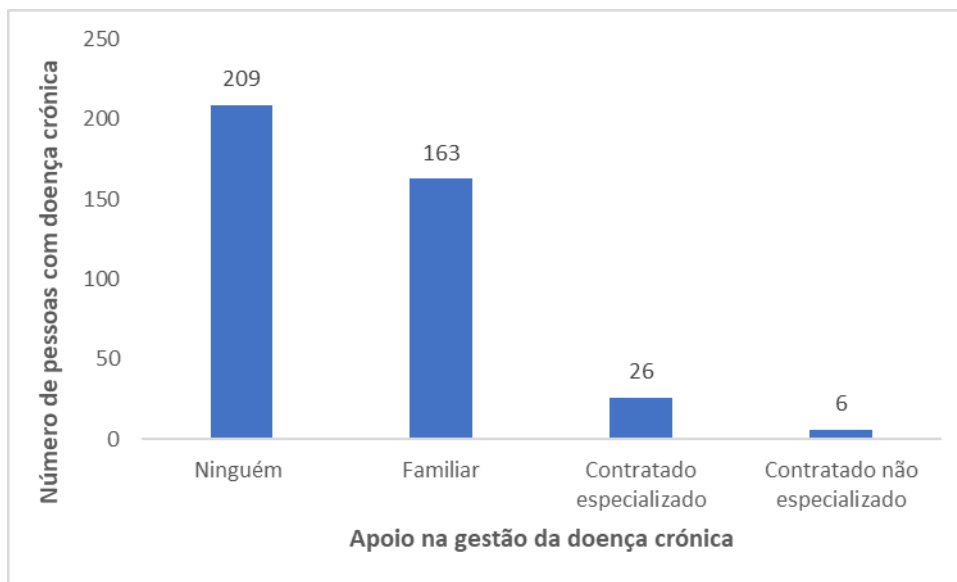
Gráfico 2 - Número de doenças crónicas na população com doença crónica



4.1.4. Caracterização da população com doença crónica relativamente ao apoio na gestão da doença

Relativamente aos aspetos relacionados com a própria doença, 48,3% (n=195) dos doentes referem necessitar de apoio na gestão da sua doença crónica, ocupando o familiar a posição mais elevada (gráfico 3).

Gráfico 3 - Apoio na gestão da doença na população com doença crónica



4.1.5. Caracterização do nível de literacia em saúde da população com doença crónica

Tabela 2 - Distribuição da frequência das respostas ao questionário HLS-EU-PT Short Version (16 questões) pela população com doença crónica

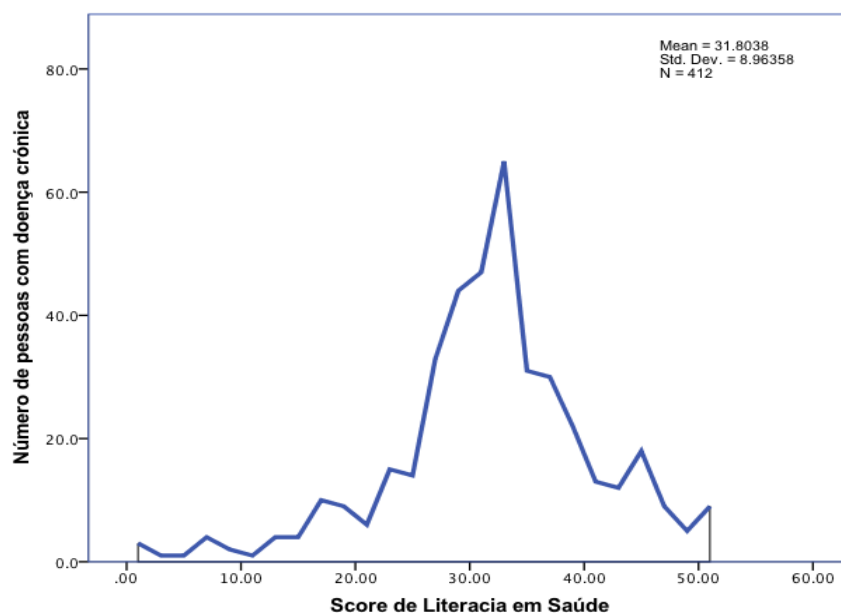
	Perguntas	Respostas				
	Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a...:	Muito Difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não Sabe/Não Responde
Literacia em saúde geral	...encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	7,3%	24,3%	52,7%	12,1%	3,6%
	...saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	4,9%	26,2%	51,2%	16,7%	1,0%
	...compreender o que o seu médico lhe diz?	3,6%	18,0%	54,4%	23,5%	0,5%
	...compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	1,0%	10,0%	54,6%	34,5%	0,0%
	...avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	4,1%	28,4%	46,4%	13,6%	7,5%
	...usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	4,1%	25,2%	53,6%	15,3%	1,7%
	...seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1,0%	9,0%	58,7%	30,8%	0,5%
	...encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	9,0%	36,9%	37,6%	9,2%	7,3%
	...compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	2,9%	8,5%	48,3%	39,6%	0,7%
	...compreender porque precisa de fazer rastreios?	3,2%	7,8%	49,5%	39,1%	0,5%
	...avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	7,5%	39,1%	37,1%	13,6%	2,7%
	...decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	7,8%	32,0%	44,4%	11,9%	3,9%
	...saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	4,9%	23,3%	50,7%	18,9%	2,2%
	...compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	2,9%	18,0%	55,3%	21,6%	2,2%
	...compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	5,3%	18,7%	54,9%	19,7%	1,5%
	...avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	2,9%	17,0%	58,7%	20,1%	1,2%

O score geral de Literacia em Saúde encontra-se entre 0 e 33, mais especificamente 31,8, classificando-se a literacia em saúde da população com doença crónica de inadequada ou problemática (tabela 3 /gráfico 4).

Tabela 3 - Análise descritiva do score de literacia em saúde na população com doença crónica

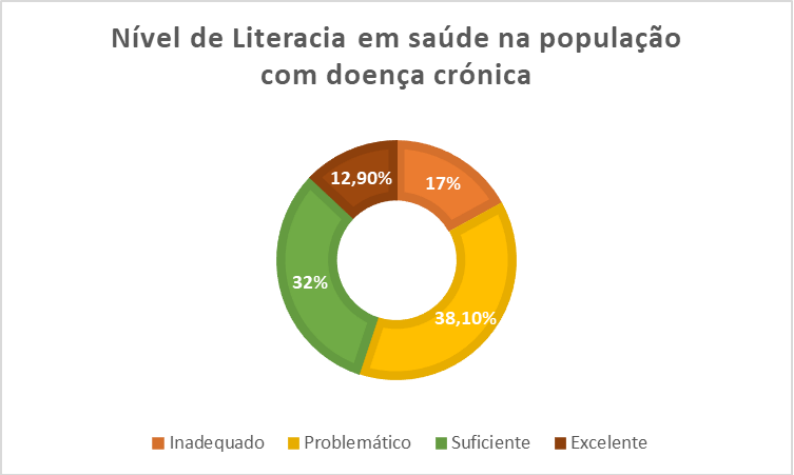
Score de Literacia em Saúde	
Média	31.8038
Mediana	32.2222
Moda	33.33
Desvio Padrão	8.96358
Mínimo	0
Máximo	50

Gráfico 4 - Distribuição do score de literacia em saúde na população com doença crónica



A análise do gráfico 5 demonstra que os níveis de literacia estão mais distribuídos pelas classes Inadequado e Problemático, com uma especial concentração nesta última.

Gráfico 5 - Nível de literacia em saúde geral da população com doença crónica



Na população inquirida, cerca de 55% apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, 32% literacia suficiente e 12,9% literacia excelente (tabela 4).

Tabela 4 - Nível de literacia em saúde geral da população com doença crónica

População com doença crónica			
Nível de Literacia em Saúde (Geral)	n	%	% cumulativa
Inadequado (0-25)	70	17	17
Problemático (25-33)	157	38,1	55,1
Suficiente (33-42)	132	32	87,1
Excelente (42-50)	53	12,9	100
Total	412	100	100

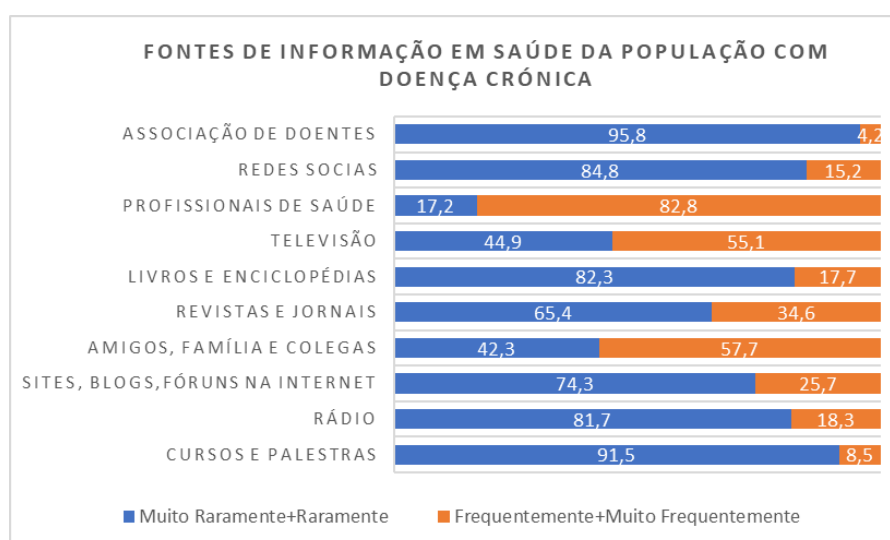
4.1.6. Caracterização da população com doença crónica relativamente às fontes de informação em saúde utilizadas

Relativamente à preferência pelas diferentes fontes de informação em saúde, a população com doença crónica assinala recorrer preferencialmente aos profissionais de saúde, em segundo ao núcleo de amigos, família e colegas, e em terceiro à televisão.

Seguidamente posicionam-se as revistas e jornais e Internet e comparativamente com percentagens mais baixas apresentam-se os outros meios de comunicação social, como o rádio, livros e enciclopédias e redes sociais.

Por último, os cursos e palestras e as associações de doentes ocupam posições residuais comparados com as outras fontes de informação (gráfico 6).

Gráfico 6 - Fontes de Informação em saúde da população com doença crónica



Relativamente às revistas e programas de televisão, são eleitos como preferenciais, os conteúdos especializados em saúde. No entanto e apesar de os temas de saúde serem abordados de uma forma pouco profunda, é de realçar o papel que os componentes generalistas assumem.

Quanto aos sites mais procurados, a pesquisa recai tendencialmente nos generalistas, seguidos dos específicos de saúde, governamentais ou não (tabela 5).

Tabela 5 - Revistas/Jornais, Sites e Programas de televisão mais utilizados na procura de informação sobre saúde

		<i>n</i>	%
Revista ou Jornal que mais utiliza para procurar informação sobre saúde	Revistas de saúde	67	57,3
	Jornais generalistas	28	23,9
	Revistas generalistas	22	18,8
		<i>n</i>	%
Site, Blog ou Fórum na Internet que mais utiliza para procurar informação sobre saúde	Sites generalistas	31	52,5
	Sites de saúde governamentais	15	25,4
	Sites de saúde não governamentais	13	22,1
		<i>n</i>	%
Programa de televisão que mais utiliza para procurar informação sobre saúde	Programas de saúde	79	45,7
	Programas generalistas	61	35,3
	Programas de informação	33	19

4.1.7. Caracterização da população com doença crónica relativamente às crenças específicas

Como já referido anteriormente, as crenças específicas compreendem duas subescalas: Necessidades e Preocupações.

Os valores de crenças específicas encontrados na amostra são mais elevados na subescala Necessidades (M=19,4, DP=3,4) do que na subescala Preocupações (M=14,5, DP=4,7) (tabela 6).

Tabela 6 - Análise descritiva dos scores de BMQ – Necessidades e BMQ - Preocupações na população com doença crónica

Crenças Específicas	Percentagem				Mínimo	Máximo
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão		
BMQ- Necessidades	19,39	20,00	20,00	3,392	5,00	25,00
BMQ- Preocupações	14,49	14,00	12,00	4,657	6,00	27,00

A análise das respostas ao questionário BMQ, sintetizadas na tabela 7, pela população com doença crónica revela que:

- na subescala Necessidades, os doentes estão convictos que a sua saúde no presente e no futuro depende dos medicamentos. As respostas concordantes mais frequentes são nos itens indicando que a saúde no presente (79,9%) e no futuro (72,3%) depende dos medicamentos, situando-se o valor mais elevado (89,1%) no item “estes medicamentos protegem-me de ficar pior”. O desacordo é maior nos itens que indicam que a vida seria impossível sem medicamentos (11,7%) e que sem medicamentos o estado de saúde seria muito mais grave (11%).
- na subescala Preocupações, os doentes preocupam-se com o risco de dependência com os medicamentos e com os eventuais efeitos decorrentes do seu uso prolongado. Destacam-se com maior frequência de respostas concordantes, os itens que se preocupam com a dependência (33,8%) e com os efeitos a longo prazo (36,4%) destes medicamentos. A discordância é mais elevada nos itens “estes medicamentos são um mistério para mim” e “perturbam a minha vida”.

Tabela 7 - Distribuição da frequência das respostas ao questionário BMQ pela população com doença crónica

		Perguntas	Respostas		
			Discordo	Não tenho certeza	Concordo
BMQ Crenças Específicas	BMQ- Necessidades	Perante as seguintes afirmações, qual o seu grau de concordância com cada uma delas?			
		A minha vida seria impossível sem estes medicamentos.	11,7%	21,1%	67,2%
		Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente.	11,0%	20,7%	68,3%
		Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos.	6,8%	13,3%	79,9%
		Estes medicamentos protegem-me de ficar pior.	2,2%	8,7%	89,1%
		A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos.	3,1%	24,5%	72,3%
	BMQ- Preocupações	Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários.	70,1%	16,5%	13,4%
		Estes medicamentos perturbam a minha vida.	79,6%	13,8%	6,6%
		Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos.	47,2%	17,5%	35,3%
		Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos.	42,2%	21,4%	36,4%
		Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	51,9%	14,3%	33,8%
		Estes medicamentos são um mistério para mim.	72,3%	16,5%	11,2%

4.1.8. Caracterização da adesão à terapêutica da população com doença crónica

O resultado da combinação das duas perguntas para avaliar a adesão à terapêutica revela que na população inquirida, dos 82,4% que afirmam ter tomado sempre o medicamento no último mês, 78,2% é que são efetivamente aderentes, cumprindo 80% do total das doses prescritas (tabelas 8 e 9).

Tabela 8 - Toma do medicamento para a doença crónica identificada

No último mês tomou sempre este medicamento?

	<i>n</i>	%
Não	71	17,6
Sim	332	82,4
Total	403	100

Tabela 9 - Adesão à terapêutica na população com doença crónica

Adesão na população com doença crónica		
	<i>n</i>	%
Não Aderente	88	21.8
Aderente	316	78.2
Total	404	100.0

4.2. Análise Inferencial

Recorrendo à estatística inferencial procedeu-se ao estudo da associação entre literacia em saúde, crenças sobre medicamentos e fontes de informação em saúde, com a adesão à terapêutica.

Para avaliar a correlação entre o nível de literacia em saúde e adesão à terapêutica, recorreu-se ao teste t, por comparação em função da variável adesão à terapêutica categorizada em grupos Não Aderentes e Aderentes. Do mesmo modo, procedeu-se para a correlação entre as crenças sobre medicamentos e adesão à terapêutica (tabela 10).

Tabela 10 - Resultados do teste t na comparação entre os grupos Não Aderentes e Aderentes nas variáveis Literacia em saúde e Crenças sobre medicamentos

					Teste T para igualdade das médias
	Adesão à terapêutica	N	Média	Desvio Padrão	Sig. (2 extremida des)
Literacia em Saúde	Não Aderentes	88	29.4574	8.68290	
	Aderentes	316	32.6717	8.58724	
					.003
BMQ Necessidades	Não Aderentes	88	18,2273	3,33124	
	Aderentes	316	19,7468	3,33417	
					.000
BMQ Preocupações	Não Aderentes	88	16,5455	4,28553	
	Aderentes	316	13,8291	4,54144	
					.000
BMQ Necessidades- Preocupações	Não Aderentes	88	1,6818	5,91422	
	Aderentes	316	5,9177	6,10487	
					.000

O nível médio de literacia em saúde é superior nos indivíduos aderentes à terapêutica em relação aos não aderentes, apresentando-se nos primeiros no limiar do nível de literacia em saúde suficiente.

Na subescala Necessidades, os indivíduos aderentes à terapêutica apresentam uma média de crenças sobre necessidades de tomar a medicação (M=19,75, DP= 3,33) superior à média dos não aderentes (M=18,23, DP=3,33).

Na subescala Preocupações, a média de crenças sobre preocupações em tomar a medicação é superior nos indivíduos não aderentes à terapêutica (M=16,55, DP= 4,29) comparativamente aos aderentes (M=13,83, DP=4,54).

Tendo por base que a correlação é significativa quando $p < 0,05$, os valores de p encontrados revelam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Aderentes e Não Aderentes em relação às variáveis literacia em saúde e crenças sobre os medicamentos.

O nível de literacia em saúde e as crenças sobre os medicamentos estão relacionados com o nível de adesão à terapêutica.

Cruzando a informação da tabela anterior com a análise dos gráficos seguintes, que retratam o comportamento da pessoa com doença crónica, conclui-se que a população com doença crónica aderente à terapêutica apresenta um nível de literacia em saúde superior, uma maior perceção da necessidade de tomar a medicação e uma diminuição da preocupação quanto à mesma (gráficos 7,8,9 e 10).

Gráfico 7 - Distribuição comparada de score de Literacia em Saúde por grupos Não Aderentes e Aderentes ($p=0,003$)

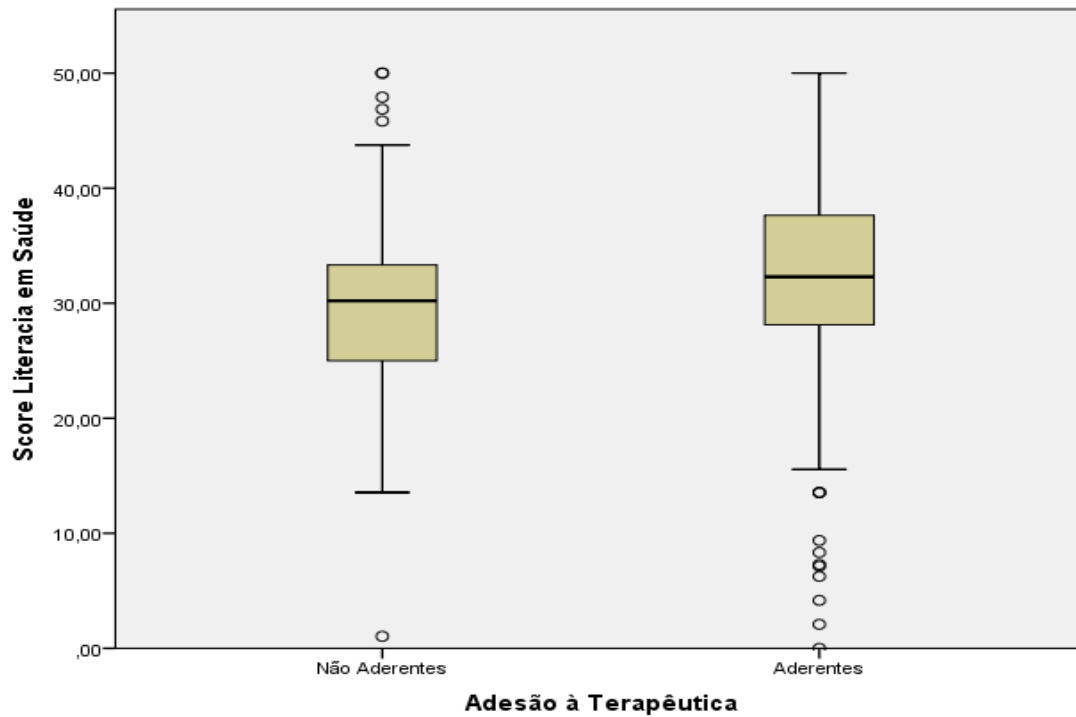


Gráfico 8 - Distribuição comparada de score do domínio de Necessidades do BMQ por grupos Não aderentes e Aderentes ($p=0,000$)

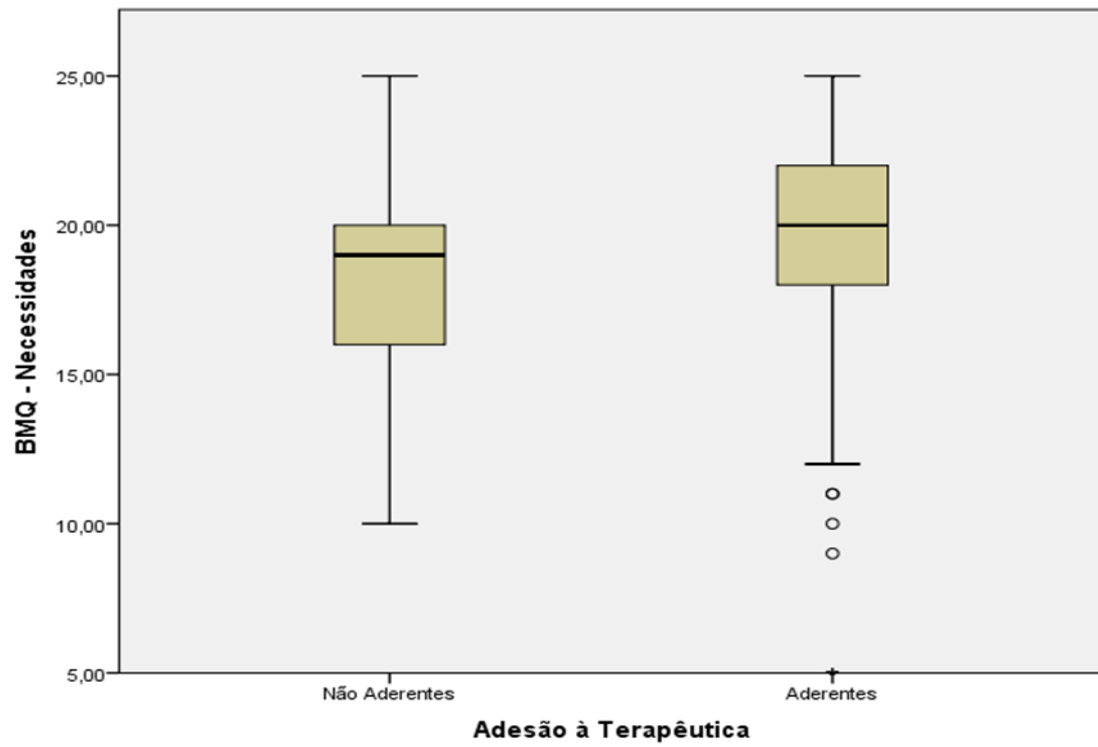


Gráfico 9 - Distribuição comparada de score do domínio de Preocupações do BMQ por grupos Não Aderentes e Aderentes ($p=0,000$)

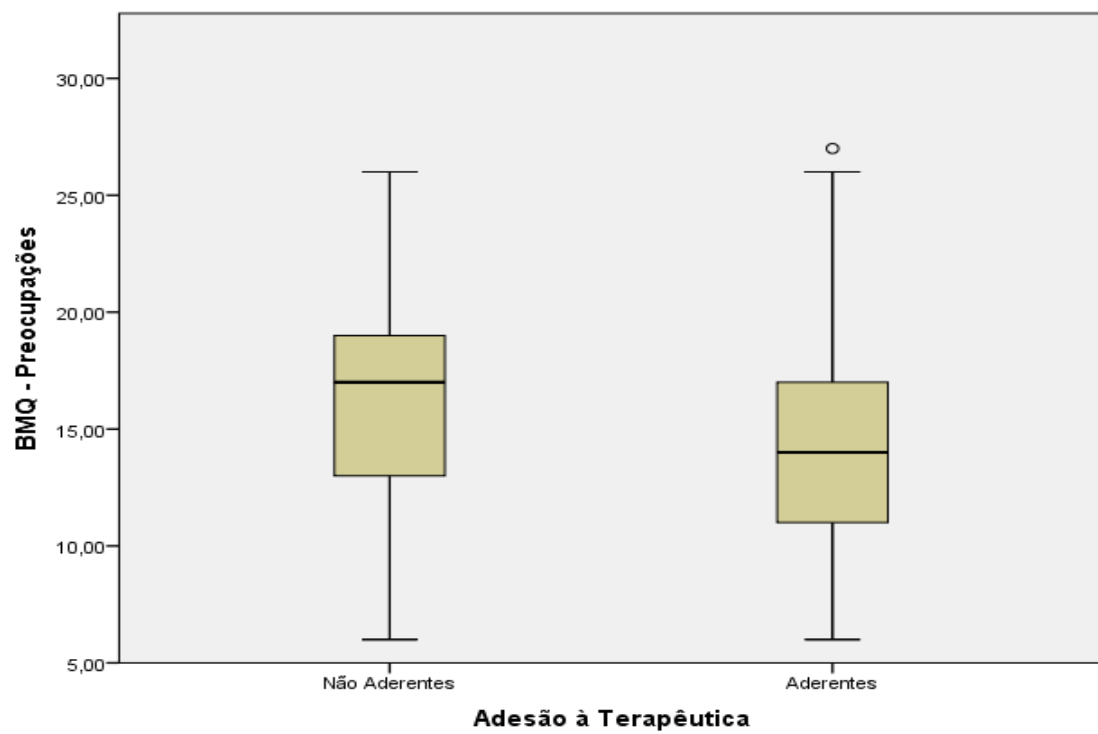
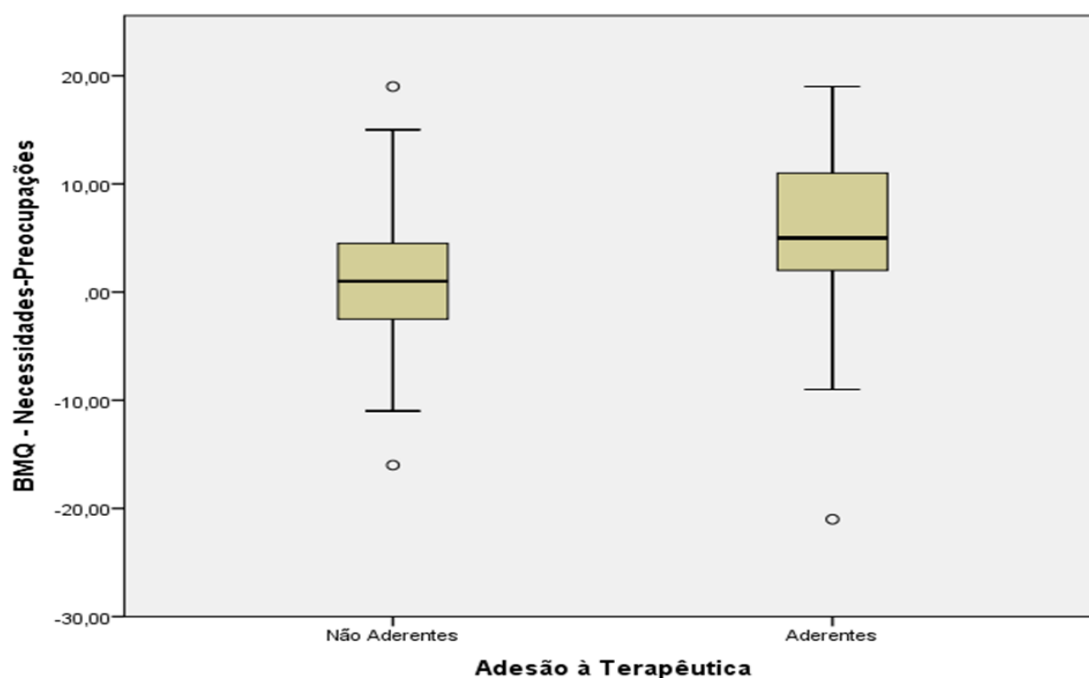


Gráfico 10 - Distribuição comparada de score do domínio de Necessidades-Preocupações do BMQ por grupos Não Aderentes e Aderentes ($p=0,000$)



Procedeu-se seguidamente ao estudo da associação entre as principais fontes de informação em saúde com a adesão à terapêutica, recorrendo ao teste qui-quadrado por comparação em função da variável adesão à terapêutica, novamente categorizada em Não Aderentes e Aderentes (tabela 11).

Tabela 11 - Resultados do teste qui-quadrado (Correlação: Adesão à terapêutica e Fontes de informação em saúde)

		Adesão à Terapêutica		χ²	p
		Não Aderente	Aderente		
		n	n		
Profissionais de Saúde					
	Muito Raramente	3	25	8,681	0,034
	Raramente	9	30		
	Frequentemente	51	133		
	Muito Frequentemente	24	125		
Amigos, Família e Colegas					
	Muito Raramente	17	48	3,168	0,366
	Raramente	18	83		
	Frequentemte	43	136		
	Muito Frequentemente	8	42		
Televisão					
	Muito Raramente	19	67	1,956	0,582
	Raramente	15	75		
	Frequentemente	38	122		
	Muito Frequentemente	15	47		

Tendo por base que a correlação é significativa quando $p < 0,05$, os valores de p encontrados revelam que existe uma relação estatisticamente significativa entre o nível de adesão à terapêutica e a fonte de informação profissionais de saúde.

Os indivíduos com nível de adesão à terapêutica superior recorrem aos profissionais de saúde como principal fonte de informação em saúde.

Identificadas as variáveis preditivas e concordante com o objetivo do presente estudo, procurou-se de seguida, através do modelo de regressão linear múltipla, identificar em que medida as variáveis Literacia em saúde, Crenças sobre os medicamentos e Fonte de informação Profissionais de Saúde, contribuem e explicam a adesão à terapêutica (tabela 12).

Tabela 12 - Resultados da regressão linear múltipla

Modelo	Coef.correlação (R)	Coef. determinação (R^2)	R^2 ajustado	Teste F	Sig.teste F
1	0,296	0,088	0,081	12,926	0,000

Modelo	Beta (coef. est.)	Teste t	Sig.teste t
(Constante)		3,211	0,000
Literacia em Saúde	0,083	1,626	0,105
BMQ			
Necessidades-Preocupações	0,269	5,401	0,000
Profissionais de saúde	-0,048	-0,962	0,337

Os resultados evidenciam que a regressão é significativa e que na amostra estudada, a variação do nível de adesão à terapêutica foi determinado em 8,8 por cento (r^2) pelo conjunto das três variáveis ($p=0,000$).

5. DISCUSSÃO

Este capítulo da dissertação integra a análise e reflexão sobre os resultados obtidos, destacando os mais significativos, interpretando-os e confrontando-os com a literatura científica.

Dos 412 doentes entrevistados, verificou-se um predomínio do sexo feminino, com uma idade média de 64,5 anos e com um nível de escolaridade igual ou inferior ao 9ºano. As doenças crónicas mais frequentes são hipertensão, dislipidémia, diabetes e depressão/ansiedade. Todos estes resultados são corroborados com o primeiro INSEF¹⁶, já referido anteriormente, confirmando-se que a doença crónica ocorreu mais frequentemente nas mulheres, nas pessoas com menos escolaridade e nos idosos (≥65 anos).

Em relação à morbilidade múltipla, uma percentagem elevada de doentes (85,6%) afirmam apresentar 2 ou mais doenças crónicas. Dado que se trata de um estudo observacional com dados colhidos num determinado tempo cronológico, o reporte das doenças depende apenas da declaração do inquirido e da designação que este lhes dá, sem a validação clínica que outros tipo de estudos implica, o que se reflete em termos de resultados, podendo existir uma imprecisão no número de doenças reportadas.

Relativamente aos aspetos relacionados com a própria doença, 48,3% dos doentes referem recorrer a ajuda para gerir as suas questões de saúde, o que vem reforçar o facto de que o apoio da família é relevante para a gestão de doenças crónicas.

Um estudo qualitativo e observacional levado a cabo por investigadores do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto publicado na revista *Health and Social Care in the Community*, que envolveu pessoas diagnosticadas com diabetes tipo 2, revela a importância e a forma como os diferentes indivíduos usam as suas redes pessoais para concretizarem tarefas relacionadas com a gestão da própria doença: os menos escolarizados usam a sua rede de suporte para obterem, essencialmente, auxílio do ponto de vista informacional e funcional, em tarefas como tomar a medicação ou os cuidados com a alimentação, ao passo que as pessoas mais escolarizadas utilizam os seus mediadores para obterem, sobretudo, suporte de cariz emocional.⁷⁶

Em relação aos resultados da Literacia em Saúde para a amostra estudada, este estudo veio revelar que 55,1% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, 32% literacia suficiente e 12,9% literacia excelente.

Este baixo nível de literacia é semelhante ao da população em geral encontrado já noutros estudos aplicando o mesmo questionário e realizados anteriormente em Portugal.

O inquérito europeu de Literacia em Saúde validado para a população portuguesa (HLS-EU-PT) aplicado pela primeira vez (2014), no âmbito do projeto “Saúde que Conta”, com uma amostra aproximada de 1000 indivíduos residentes em Portugal, revela que cerca de 61,4% da população inquirida apresenta um nível de literacia em saúde inadequado ou problemático, 30,1% possui LS suficiente e 8,4% LS excelente. No conjunto dos 9 países europeus, a média é de 49,2%, encontrando-se apenas em pior situação que os portugueses só os búlgaros com 62,1% da população apresentando níveis de literacia em saúde problemáticos ou inadequados. No extremo oposto, está a Holanda, país em que esta percentagem é de apenas 28,7%.⁴

Outro estudo realizado em Portugal pelo Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES) do ISCTE, no âmbito do projeto Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT), uma iniciativa do Programa Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian (2016), tendo por base o mesmo inquérito, numa amostra de 2104 indivíduos residentes em Portugal, revela valores de LS do nível problemático ou inadequado de 49%, LS suficiente em 42,4% da população estudada e 8,6% possuem LS excelente. Portugal, em comparação com os 8 países do projeto ILS-EU, ocupa uma posição intermédia no índice geral de Literacia em Saúde, com valores ligeiramente mais baixos do que a média desses países.⁵³

Relativamente ao recurso às fontes de informação, a população inquirida obtém informação sobre saúde maioritariamente e, de forma muito distanciada da segunda fonte mais utilizada, dos profissionais de saúde. Seguidamente, com quem têm uma relação de familiaridade e proximidade, demonstrando esta tendência que nem sempre os assuntos de saúde tendem a ser falados com as pessoas vistas como mais credíveis. Dados semelhantes revela o estudo de Pedro Moura Ferreira no qual mais de oito em cada dez portugueses referem pelo menos um profissional de saúde como uma das fontes mais importante, em que se destacam os médicos, seguidos dos farmacêuticos. Como segunda fonte aparecem as redes informais e familiares, no entanto, com uma importância mais reduzida.⁵⁹

Prosseguindo na análise do presente estudo, entre as fontes que não se inserem no âmbito dos processos interpessoais de comunicação, encontram-se três grupos distintos: a televisão com largo destaque, a imprensa escrita e a Internet.

A televisão ocupa o terceiro lugar como fonte de informação, o que é previsível atendendo às altas taxas do consumo televisivo e à frequência com que o tema de saúde aparece em múltiplos programas e noticiários, como também ao facto de o perfil social associado à exposição televisiva ser mais velho e menos escolarizado do que nos outros *media*.

No caso da televisão, a informação é muitas vezes involuntária, no sentido em que não é intencionalmente procurada. Pelo contrário, na imprensa escrita e na Internet, a atitude prevalecente aponta para uma procura de informação mais intencional e criteriosa que o exercício de leitura implica e, especialmente no que respeita à Internet, pode indiciar uma pesquisa bastante ativa de informação sobre saúde.

Desta forma, até porque os hábitos de leitura são, de um modo geral, baixos na população em geral e tendo em conta o perfil sociodemográfico da nossa amostra, as fontes escritas e a Internet posicionam-se em quarto e quinto lugar, respetivamente.

De acordo com a literatura, a idade, quase sempre indissociável da escolaridade, relaciona os mais jovens e os mais escolarizados, sobretudo aqueles que possuem o ensino superior, a uma preferência pela consulta das fontes escritas, pelo uso da Internet, pelo contacto com profissionais de saúde numa atitude interativa e crítica ; por outro lado, associa os mais velhos e os menos escolarizados, ao recurso não só aos profissionais de saúde mas também aos familiares e amigos ou a depender mais da televisão para obterem informação sobre saúde.⁵⁹

Apesar de, como era de esperar neste estudo de acordo com as características da nossa amostra, a televisão ocupar a posição mais forte entre as fontes que não envolvem interação social, a Internet poderá vir no futuro a constituir um concorrente com peso crescente. Seja como for, a televisão ainda desempenha um papel mais influente, apesar de que possivelmente no futuro, as posições se invertam.

Relativamente às revistas e programas de televisão, são eleitos como preferenciais, os conteúdos especializados em saúde, enquanto que os sites mais procurados são generalistas.

Segundo Rita Espanha, a comunicação em e sobre saúde faz-se, em grande medida, em situações mediatizadas, seja pela imprensa escrita, nem sempre especializada, seja pela Internet, ou ainda pela televisão, e nesse caso, de diversas formas: pela via informativa (programas de saúde e informação, reportagens, documentários), pela informação aliada ao entretenimento (programas generalistas, talk shows) ou pela ficção (séries sobre médicos e hospitais).⁶⁰

A *Kaiser Family Foundation* desenvolveu como estudo de caso *The Impact of TV's Health Content: A Case Study of ER Viewers*, utilizando a série Serviço de Urgência, o impacto dos conteúdos de saúde na televisão. Nesse estudo, conclui-se que os espectadores da série adquirem conhecimentos e informação sobre assuntos específicos, muitas vezes relacionados com prevenção e diminuição do risco, inclusivamente alguns sentem-se motivados a procurar informação adicional sobre saúde e a debater mais frequentemente esse tema com familiares, amigos e profissionais de saúde. Para os autores do estudo, é evidente que a repetição das mensagens é a chave para incrementar a compreensão e a apreensão a longo prazo de informação em saúde a partir do visionamento de entretenimento para televisão.⁷⁷

No que concerne às crenças acerca dos medicamentos, os valores das crenças específicas encontrados neste estudo são mais elevados na subescala Necessidades Específicas do que na subescala Preocupações Específicas. Este facto indica que os doentes desta amostra atribuem em média mais relevância ao facto de necessitarem de tomar os seus medicamentos do que propriamente às preocupações relacionadas com os mesmos, o que se trata de um indicador favorável a um comportamento de adesão adequado como revelado por Horne et al.⁵⁵

A análise da subescala Necessidades revela que os doentes estão convictos que a saúde no presente e no futuro depende dos medicamentos. Na subescala Preocupações os doentes preocupam-se com o risco de dependência com os medicamentos e com os eventuais efeitos decorrentes do seu uso prolongado. No entanto, na sua maioria, os doentes conhecem os seus medicamentos e o seu consumo não lhes perturba a sua rotina no dia-a-dia.

Relativamente ao nível da adesão à terapêutica, neste estudo 78,2% dos doentes são considerados aderentes, demonstrando um valor superior ao encontrado na literatura.

Da revisão teórica realizada constatou-se que os doentes crónicos são aqueles que menos aderem à terapêutica. Estima-se que nos países desenvolvidos apenas 50% dos doentes crónicos aderem ao tratamento prescrito.⁶ Um estudo realizado em Portugal em 2012, revela também que 23% falham na adesão primária e mais de 50% na secundária, não tomando os medicamentos como acordado com os profissionais de saúde.⁴³

Esta discrepância de valor no nível de adesão à terapêutica encontrado neste estudo parece dever-se fundamentalmente ao facto de o autorrelato, por intermédio de questionário, sobrevalorizar a adesão e do critério da adesão primária já estar cumprido, dada a aplicação do questionário ter sido feita no momento da aquisição da medicação.

De acordo com Delgado e Lima, os doentes por vezes omitem a verdade sobre a toma dos medicamentos, para agradar ou evitar a desaprovação.⁷⁸

Vários estudos acerca da adesão à terapêutica têm sido realizados e, enquadrado neste contexto, o presente estudo analisou em que medida a literacia em saúde, as crenças sobre dos medicamentos e as fontes de informação em saúde interferem no comportamento de adesão à terapêutica da população com doença crónica.

Em relação à primeira variável, o presente estudo revelou existir uma relação entre literacia em saúde e adesão à terapêutica, estando o comportamento de adesão associado a um maior nível de literacia em saúde, o que corrobora os resultados de outros estudos.

Um estudo realizado na Coreia com o objetivo de investigar o impacto da literacia em saúde na adesão à terapêutica em doentes crónicos e comparando com outras variáveis como o apoio na administração da medicação, avaliou a literacia em saúde como o preditor mais forte de adesão à terapêutica.⁷⁹

Da mesma forma, uma meta-análise levada a cabo por Miller TA associou positivamente a literacia em saúde com a adesão à terapêutica, concluindo também que intervenções de promoção de literacia em saúde aumentam significativamente os resultados em termos de adesão.⁸⁰

Por sua vez, Federman *et al*/ num estudo com 433 pacientes idosos asmáticos, verificou que aqueles que possuíam baixa literacia em saúde apresentavam menor adesão ao tratamento medicamentoso e demonstravam pior técnica na autoadministração de corticoides inalados do que aqueles com literacia adequada.⁸¹

Um estudo transversal, realizado por Lindquist *et al*, em um hospital urbano com uma amostra de 254 pacientes, com idade igual ou superior a 70 anos, concluiu também que idosos com baixa literacia em saúde eram mais propensos a não aderir ao regime medicamentoso devido ao facto de não entenderem corretamente as instruções de alta.⁸²

Negarandeh *et al*/ ao avaliarem 127 pacientes diabéticos com baixo nível de literacia em saúde, verificaram que o uso de estratégias educacionais, entre elas, o uso de pictogramas, são eficazes no aumento da compreensão e adesão nutricional e medicamentosa nestes pacientes.⁸³

Relativamente à segunda variável, o presente estudo revelou existir uma relação entre crenças sobre os medicamentos e adesão à terapêutica, estando o comportamento de adesão associado a perceções mais fortes da necessidade de tratamento e menos

preocupações com o mesmo. Estes resultados estão consistentes com outros estudos que apontam as crenças sobre os medicamentos como um dos fatores responsáveis pela adesão à terapêutica.^{11,72}

Uma revisão sistemática de Horne que incluiu múltiplas condições de doença sugeriu que uma maior adesão está relacionada ao aumento da percepção da necessidade de tratamento e, inversamente, com menos preocupações sobre os efeitos adversos, ambos exemplos de não adesão intencional. Horne conclui ainda que a consideração das crenças acerca das necessidades e preocupações dos pacientes, pode melhorar a qualidade da prescrição, envolvendo os pacientes nas decisões de tratamento.⁵⁵

Num estudo em pacientes com transtorno GI funcional, Benjamin Cassell desenvolvendo um modelo linear múltiplo para estabelecer o valor preditivo independente dos fatores demográficos, estado psiquiátrico e crenças dos medicamentos na previsão da adesão à terapêutica, conclui que apenas a variável crenças previu significativamente o comportamento de adesão.⁸⁴

Por sua vez, segundo Leite & Vasconcelos e Horne *et al*, as preocupações com a medicação podem exprimir uma reação emocional de medo e ansiedade diminuindo assim a adesão ou influenciando a escolha do medicamento, sendo frequente os doentes pararem de tomar a medicação por a considerarem ineficaz ou com efeitos secundários desagradáveis.^{22,55}

Da análise da última variável em questão, o presente estudo revelou existir uma relação entre a principal fonte de informação em saúde, os profissionais de saúde, e a adesão à terapêutica.

De acordo com a literatura, o profissional de saúde e o doente estabelecem uma relação na qual coexistem os dois níveis de saber, leigo e profissional, interagindo numa “díade” em que a comunicação vai influenciar a adesão, expectativas e decisões do doente.¹⁷

Também Giorgi e Oliveira *et al*. partilham da mesma opinião, ressaltando a extrema importância do relacionamento que se estabelece entre o doente e os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem desistências.^{85,86}

Prova disto é o exemplo do projeto português Sos pharma idoso, em que uma das suas componentes consistiu numa intervenção comunitária com o intuito de contribuir para melhorar terapêutica no idoso e, no qual foi reconhecido o importante papel que o farmacêutico comunitário pode ter na promoção da adesão à terapêutica. Este estudo revelou que o aconselhamento farmacêutico, a revisão da medicação e/ou preparação

individualizada da medicação tem um impacto significativo no aumento da adesão à terapêutica.⁸⁷

No contexto da doença crónica e de acordo com um estudo já referido do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, a forma como os doentes gerem a sua doença, nomeadamente como aderem aos tratamentos e cumprem a terapêutica, é determinado por vários fatores como sejam o conhecimento que têm da doença, a forma como circulam e navegam nos serviços de saúde e o modo como vivenciam a patologia. Depende assim do seu nível de literacia individual como também do modo como usam a sua rede de suporte – familiares, profissionais de saúde, amigos – para lidar com a doença.⁷⁶

A presente investigação procurou assim analisar a relação da literacia em saúde, das crenças sobre medicamentos e das principais fontes de informação em saúde, com a adesão à terapêutica da população com doença crónica.

Os resultados obtidos revelam que a adesão à terapêutica é influenciada positivamente pela literacia em saúde, pelo domínio necessidades das crenças sobre medicamentos e pelo recurso aos profissionais de saúde como principal fonte de informação em saúde.

O modelo estatístico aplicado revela que o conjunto destes três fatores, explicam a variação do nível de adesão à terapêutica em 8,8%.

Sendo a adesão à terapêutica um processo multifatorial e extremamente complexo haverão muitos outros fatores, não analisados no âmbito deste trabalho, que determinam o comportamento de adesão à terapêutica.

Os resultados deste estudo devem, no entanto, ser interpretados tendo em conta as seguintes limitações: as entrevistas realizaram-se no ambiente da farmácia pelos farmacêuticos com quem o doente mantém contacto próximo e frequente, o que pode ter influenciado as respostas; o envolvimento de vários farmacêuticos como entrevistadores poderá ter introduzido variabilidade no processo da entrevista; a recolha de informação baseou-se na declaração dos entrevistados sobre as suas próprias práticas e perceções, podendo verificar-se um afastamento entre o declarado e a realidade.

6. CONCLUSÕES

Pretendeu-se com este estudo, no contexto da doença crónica, conhecer as competências em literacia em saúde, as crenças sobre os medicamentos, as principais fontes de informação em saúde e relacioná-las com a adesão à terapêutica.

Desta forma, as principais conclusões e aprendizagens que podemos inferir deste estudo são:

- A caracterização da pessoa com doença crónica revela um predomínio das mulheres, dos menos escolarizados e da faixa etária acima dos 65 anos;
- As doenças crónicas mais frequentes são a hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes e depressão/ansiedade;
- A morbilidade múltipla é uma realidade da pessoa com doença crónica, um problema de saúde reconhecido e constitui em si mesmo um desafio;
- Na gestão da doença crónica, o apoio da família revela-se fundamental, o que vem reforçar o papel do cuidador informal e da necessidade de acesso a formações específicas para adquirir tais competências;
- A população com doença crónica apresenta um nível de literacia em saúde baixo, à semelhança da população em geral;
- A fonte de informação em saúde privilegiada pela população com doença crónica é os profissionais de saúde. Como segunda fonte de informação, surgem os familiares, amigos e colegas. Seguem-se depois os outros meios, a televisão com maior destaque, revistas e jornais e a Internet;
- A pessoa com doença crónica privilegia o contacto interpessoal, quer seja profissional ou familiar/social, em detrimento de qualquer outro tipo de informação;
- As componentes generalistas, tanto nos meios audiovisuais como na imprensa escrita, assumem um papel importante no acesso à informação em saúde;
- A pessoa com doença crónica atribui maior relevância à necessidade de tomar os medicamentos do que propriamente às preocupações relacionadas com os mesmos;
- A pessoa com doença crónica tende a aderir à terapêutica;
- O nível de literacia em saúde influencia positivamente a adesão à terapêutica;

- A percepção da necessidade de tomar medicamentos influencia a adesão à terapêutica;
- As competências de literacia em saúde, as crenças acerca das necessidades dos medicamentos e os profissionais de saúde como principal fonte de informação em saúde influenciam de forma positiva o nível de adesão à terapêutica.

Deste modo, importa ainda destacar que:

- Considerando o êxito e a aceitação de certos componentes generalistas, parece valer a pena investir em produzir conteúdos tão corretos e cientificamente comprovados quanto possível para desmitificar crenças e mitos e divulgar mensagens sobre saúde pública, nomeadamente questões de prevenção ou funcionamento de serviços de saúde;
- A comunicação dirigida a aumentar a compreensão do doente sobre a necessidade dos medicamentos, seu efeito terapêutico e o benefício-risco, poderão contribuir para incrementar a adesão à terapêutica;
- Os profissionais de saúde assumem um papel importante na promoção da literacia em saúde, no aumento da percepção da necessidade dos medicamentos e na desmitificação de ideias erróneas.

A adesão à terapêutica é uma questão global de grande preocupação de saúde pública. Desta forma, é necessário desenvolver estratégias efetivas que levem à mudança do comportamento dos doentes, mas também dos profissionais de saúde, a fim de aumentar a adesão à terapêutica e consequentemente melhorar os resultados em saúde.

Da realização deste estudo, em termos de recomendação de intervenções, importa também salientar que:

- As doenças múltiplas, as necessidades de saúde acrescidas e as questões de qualidade de vida têm de ser abordadas no seu conjunto, numa perspetiva de integração de cuidados. A gestão da morbilidade múltipla passa pela negociação de um plano individual de cuidados de saúde, que possa ir ao encontro dos desejos, necessidades e preocupações dos doentes, facilitando a gestão dos seus percursos através dos serviços de saúde de que necessitam;

- Se sugere o desenvolvimento de um espaço informativo de promoção da literacia em saúde direcionado às carências da população com doença crónica no cenário nacional de saúde, fazendo chegar os conteúdos a estes doentes, como sejam as salas de espera dos serviços de saúde e farmácias;
- É necessário um maior enfoque na literacia em saúde de forma sistémica e não apenas na individual, identificando os mediadores e entendendo a forma como a distribuição de responsabilidades na gestão da doença se distribui na rede de suporte, de modo a permitir uma colaboração mais eficaz entre os profissionais de saúde, família/amigos e media;
- O conhecimento e a avaliação das crenças no contexto clínico poderão constituir ferramentas capazes de identificar, avaliar e modificar pensamentos e atitudes perante as prescrições médicas e, conseqüentemente, comportamentos de adesão à terapêutica, adequando assim as intervenções a cada doente;
- As competências comunicacionais no domínio da adesão à terapêutica, a utilizar por parte dos profissionais de saúde, devem ter em consideração as características individuais do doente, em particular o seu nível de literacia em saúde e as suas crenças, para que a informação – sobre o medicamento, a terapêutica, a patologia, ou estilos de vida - seja correta e completamente compreendida. Recomendam-se assim estratégias de comunicação baseadas na personalização da informação em saúde para cada indivíduo e não numa prestação de informação generalizada ou massificada;
- A pertinência do aperfeiçoamento das capacidades de comunicação dos profissionais de saúde, assumindo-se plenamente a incorporação e valorização destas qualificações nos currículos pré-graduados, com vista a ultrapassar práticas tradicionais dos técnicos e estereótipos dos pacientes;
- É fundamental o desenvolvimento de redes formais e informais de apoio à pessoa com doença crónica, com o apoio dos serviços de saúde no âmbito da adesão à terapêutica, tanto do ponto de vista motivacional como económico;
- Importa promover a literacia em saúde e a adesão à terapêutica - disponibilizando instrumentos e ferramentas aos profissionais de saúde, explorando temáticas para a população e aumentando a rede de parceiros para incorporar e potenciar as intervenções - sendo esta uma prioridade no domínio da saúde;

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao peso económico que hoje têm os medicamentos nas políticas de saúde, torna-se urgente aplicar medidas que reduzam as barreiras à adesão terapêutica e que levem os doentes a otimizar os medicamentos que utilizam.

Revela-se da maior importância a implementação de ações coordenadas, de tomada de decisão partilhada entre todos os protagonistas do processo de tratamento para que a adesão à terapêutica, possa ser potenciada particularmente nos doentes crónicos e idosos. Para o efeito, urge alterar o paradigma, entendendo-se que as políticas do medicamento devem ser dirigidas para o cuidado centrado no doente e não apenas no medicamento.

Fundamental a participação do doente na tomada de decisão com um papel ativo desde a definição do seu processo terapêutico, passando pelo controlo sobre a sua medicação até ao desenvolvimento da autonomia necessária para manter o comportamento de adesão.

Mas para participar é preciso primeiro capacitar. Apoiar e permitir a cada pessoa perceber as suas necessidades, motivar-se a aceder e gerir a informação em saúde de que precisa, tomar decisões e assim participar nos seus próprios cuidados.

Este novo quadro implica igualmente uma coordenação com diferentes serviços e profissionais de saúde, assim como uma partilha de registos de saúde, que permita intervir de forma a melhorar os resultados em saúde, sempre com a garantia absoluta da proteção de dados.

Conscientes do desafio de futuro na garantia de sustentabilidade dos recursos e de equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade, é crucial a contribuição ativa de todos - dos cidadãos, dos profissionais de saúde com o seu apoio técnico específico, dos investigadores capazes de trazer a este processo os benefícios do conhecimento, dos sectores económicos, sociais e ambientais, das entidades públicas e privadas e do poder político - para este desígnio de mais e melhor saúde para todos.

8. EPÍLOGO

Pela ampla cobertura geográfica das farmácias e pelo facto de em muitas zonas do território nacional, serem a única estrutura de saúde disponível, as farmácias são o grande alicerce do sistema nacional de saúde na garantia da acessibilidade ao medicamento e na equidade na prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os cidadãos.

O farmacêutico, em articulação com os restantes profissionais de saúde, assume um papel determinante na promoção da literacia em saúde, na promoção do uso responsável do medicamento e na promoção da correta navegação do cidadão dentro do sistema de saúde, favorecendo o bom uso dos escassos recursos disponíveis.

Sendo o uso responsável uma das funções prioritárias do farmacêutico, diversas estratégias têm vindo a ser desenvolvidas para promover ativamente uma maior adesão à terapêutica, muitas das quais com evidência comprovada acerca sobre o seu impacto na saúde do doente. As diferentes estratégias atualmente utilizadas em Portugal provêm de casos internacionais de sucesso adaptados ao sistema de saúde português.

Não poderia terminar a minha dissertação com vista à obtenção de grau de mestre em Saúde Pública sem dar o meu cunho pessoal à questão:

O que entendo por Saúde Pública?

Saúde Pública é a ciência e a arte de promover e produzir mais e melhor saúde na comunidade, baseada na prova e assente numa cultura de base participativa. A Saúde Pública intervém com base em dois princípios: o primeiro que a saúde é um recurso natural, inerente à existência humana, combatendo os fatores que contrariam esse equilíbrio e sustentando os que o protegem; o segundo que a saúde não é apenas um estado mas todo o processo dinâmico de nos desenvolvermos como pessoa e o caminho de nos organizarmos como sociedade.

É nisto em que acredito e pelo qual luto todos os dias. Como farmacêutica e profissional de saúde com uma relação de proximidade e diálogo privilegiada com a comunidade, a minha função será sempre empenhar e intervir adequada e eficazmente, em particular no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, da literacia em saúde e do uso racional do medicamento.

Trabalhar no “terreno” com a premissa que se irá contribuir para a melhoria no estado de saúde de uma população, nomeadamente no âmbito da promoção da saúde e com isso obter ganhos em saúde, tratar-se-á de um grande processo de enriquecimento pessoal e profissional de toda a equipa envolvida. Não será fácil e haverão sempre

dificuldades, mas que constituirão em si mesmo, um processo de aprendizagem e de crescimento.

O futuro promissor de uma população mais saudável, de uma sociedade promotora de saúde e de uma melhoria contínua da qualidade de vida, deverá ser ativamente planeado e gerido com uma maior partilha de responsabilidades, para um desenvolvimento sustentável e um mundo mais justo para todos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção Geral de Saúde, Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020, Ministério da Saúde. 2015.
2. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneve:WHO;1998.
3. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: The role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK;2006.
4. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Rev Port Saúde Pública.2016;34(3):259-275.
5. “Health at a glance 2017:OCDE Indicators”.Disponível em https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.
6. World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for action. Geneve:WHO;2003.
7. DiMatteo MR. Variations in Patients’ Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research. Med Care.2004;42(3):200-209.
8. IMS Health. The Global Use of Medicines: Outlook Through 2016; 2012.
9. Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos. 5 anos de intervenção farmacêutica - Programas de Cuidados Farmacêuticos. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias; 2008.
10. Use of medicines by the elderly:The role of pharmacy in promoting adherence. 2018. Disponível em https://www.fip.org/files/fip/publications/Use_of_medicines_by_the_elderly_The_role_of_pharmacy_in_promoting_adherence.pdf
11. Horne R. Patient’s believes about treatement: The hidden determinant of treatment outcome? Journal of Psychosomatic Research.1999; 47:491–495.
12. Espanha R. Informação sobre saúde: as fontes de informação e a construção da autonomia. Rev Factores de Risco. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.2016;40:15-23.
13. Preventing Ageing Unequally. OCDE. 2017.

14. World Health Organization. 10 facts on Noncommunicable Diseases. 2013. Disponível em https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/.
15. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponível em <http://www.healthdata.org/portugal>.
16. Quinaz Romana G, Kislaya I, Salvador MR, Cunha Gonçalves S, Nunes B, Dias C. Multimorbidity in Portugal: Results from The First National Health Examination Survey. *Acta Med Port*.2019;32(1):30-37.
17. Ogden J. Psicologia da saúde. Climepsi Editores.2004.
18. Horne R. Compliance, adherence, and concordance: implications for asthma treatment. *Chest*. 2006;130(1):65S-72S.
19. Cruz RS. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia*.2017;18:11-16.
20. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1999.
21. Mullen PD. Compliance becomes concordance. *BMJ*. 1997; 314(7082): 691–692.
22. Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. *Ciência saúde colectiva*; 2003;8(3):775-782.
23. Bugalho A & Carneiro A. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. 2004.
24. Páscoa C. Adesão à terapêutica como determinante da efetividade dos cuidados de saúde: a problemática da não adesão à terapêutica em doentes submetidos a angioplastia transluminal percutânea coronária. Universidade de Évora/IPL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. 2010.
25. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008; 20(12):600-7.
26. Ahmed R, Aslani P. What is patient adherence? A terminology overview. *Int J Clin Pharm*.2014;36(1):4-7.
27. Amendoeira J, Catela A. Viver a Adesão ao Regime terapêutico. Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*. 2010; 14(2):239-54.

28. Vrijens B *et al.* A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Brit J Clin Pharma.*2012;73:691-705.
29. Cabral MV & Silva PA. A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas.ICS.2010.
30. Gaspar E. Factores que influenciam a adesão à terapêutica antirretroviral : A Perceção dos Enfermeiros de um Serviço de Infeciologia. Escola Nacional de Saúde Pública - UNL. 2013.
31. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine.*2005;353(5):487–497.
32. Klein JM, Gonçalves AGA. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF.*2005;10(2):113–120.
33. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, Castro S. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium.*2011;40:201–219.
34. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001; 26(5):331-42.
35. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Lancet.* 1996; 348(9024):383-6.
36. Butler CC, Rollnick S. Adesão ao tratamento médico. London: Mosby. 2003.
37. Faria H. Factores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2008.
38. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, Campbell R. Resisting Medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med.*2005;61(1):133–155.
39. Benson J, Britten N. Patient's decisions whether to take or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *British Medical Journal.*2002;325:873–6.
40. Townsend A, Hunt K, Wyke S. Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use.2003;327(7419):837.
41. Walling AD. Why Don't Patients Take Their Antihypertensive Medications? *American Family Physician.*2003;67(3):607–608.

42. Ley P. *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance (Psychology & Health Series)* . Cheltenham: Stanley Thornes Pub Lda. 1997.
43. Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Bragança F, da Silva JA, Cabrita J. Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(4):626-35.
44. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *British Medical Journal*.2018;8(1).
45. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*.2000;15:259–267.
46. Sørensen K. *et al*. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12: 80.
47. Passamai MP, Sampaio HA, Dias AM, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface(Botucatu)*.2012;16(41):301-14.
48. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int*. 2000;15(4):277–83.
49. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009;24(3):285–96.
50. Loureiro I, Miranda N. *Promover a Saúde: dos Fundamentos à Ação*. Almedina.2016.
51. Powers BJ, Bosworth HB. Revisiting literacy and adherence: future clinical and research directions. *J Gen Intern Med*. 2006;21(12):1341-2.
52. Kripalani S, Henderson LE, Chiu EY, Robertson R, Kolm P, Jacobson TA. Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *J Gen Intern Med*; 2006;21(8):852-6.
53. Espanha R, Ávila P, Mendes RV. *Literacia em Saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. 2015.
54. Ngoh LN. Health literacy: a barrier to pharmacist–patient communication and medication adherence. *J Am Pharm Assoc*. 2009;49(5):e132-49.
55. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for

longterm conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. PLoS One. 2013;8(12).

56. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ): the development and evaluation of a new method for accessing the cognitive representation of medication. Psychology & Health. 1997;14(1):1-24.

57. Marinker M, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. From Compliance to Concordance: Achieving Shared Goals in Medicine Taking. London. 1997

58. Monsivais D, Mcneill J. Multicultural Influences on Pain Medication Attitudes and Beliefs in Patients with Nonmalignant Chronic Pain Syndromes. Pain Management Nursing. 2007;8(2):64-71.

59. Ferreira PM, Lunet N, Silva S. A Informação sobre Saúde dos Portugueses: Fontes, Conhecimentos e Comportamentos. Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina. 2017.

60. Espanha R. Informação e Saúde. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2013.

61. Mukherjee A, Bawden D. Health information seeking in the information society. Health Information and Libraries Journal. 2012;29(3):242-6.

62. Norman C, Skinner H. eHEALS: the ehealth literacy scale. Journal of Medical Internet Research. 2006;8(4):e27.

63. Almeida VC, Sebastião SP. A percepção dos profissionais de saúde sobre fontes de informação e sua influência na relação terapêutica. Observatorio Journal. 2018; 026-043.

64. CC Cutilli. Seeking health information: what sources do your patients use? Orthopedic Nursing. 2010;29(3):214-9.

65. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Education and Counseling. 2006;61(2):173-90.

66. Maguire P, Pitceathly C. Key Communication skills and how to acquire them. British Medical Journal. 2002;325(7366): 697–700.

67. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. Journal of Royal Society of Medicine. 2003; 96(5): 219–222.

68. Corney R. O desenvolvimento de perícias de comunicação e aconselhamento em Medicina. Climepsi Editores. 2000.

69. Costa FA, Miranda I, Cavaco Silva P, Oliveira P, Carneiro C, Fernandes AI. Dose Administration Aid system in the elderly: testing student active participation in the implementation of a new service for community pharmacy. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2015; 37:414.
70. Brennan TA, Dollear TJ, Hu M, Matlin OS, Shrank WH, Choudhry NK, Grambley W. An integrated pharmacy-based program improved medication prescription and adherence rates in diabetes patients. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(1):120-9.
71. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
72. Pereira MG, Pedras S, Machado JC. (2013). Validação do Questionário Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*. 2013; 29(2):229– 236.
73. Melo L. Relação entre literacia em saúde, adesão à terapêutica e crenças sobre a medicação de uma população utilizadora de medicamentos no Brasil. Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. 2015.
74. Pedro AR. Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente. Escola Nacional de Saúde Pública - UNL. 2018.
75. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 7ª Edição: Report Number; 2018.
76. Abreu L, Nunes JA, Taylor P, Silva S. Distributed health literacy among people living with type 2 diabetes in Portugal: Defining levels of awareness and support. *Health Soc Care Community*. 2018; 26(1):90-101.
77. Kaiser Family Foundation. The Impact of TV's Health Content: A Case Study of ER Viewers, Survey Snapshot. A Kaiser Family Foundation Survey, California. (2002).
78. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2001;2(2):81–100.
79. Lee YM, Yu HY, You, Son YJ. Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian*. 2017;24(1):11-8.
80. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(7):1079-86.

81. Federman AD, Wolf MS, Sofianou A, O'Connor R, Martynenko M *et al.* Asthma outcomes are poor among older adults with low health literacy. *Journal of Asthma*. 2014;51(2):162-7.
82. Lindquist LA, Go L, Fleisher J, Jain N, Friesema E, Baker DW. Relationship of Health Literacy to Intentional and Unintentional Non-Adherence of Hospital Discharge Medications. *Journal of General Internal Medicine*. 2012;27:173-8.
83. Negarandeh R, Mahmoodi H, Noktehdan H, Heshmat R, Shakibazadeh E. Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*. 2013;7(2):111-8.
84. Cassell B, Prakash Gyawali C, Sayuk GS. Beliefs About GI Medications and Adherence to Pharmacotherapy in Functional GI Disorder Outpatients. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(10):1382-7.
85. Giorgi D. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2006;13 (1):47-50.
- 86- Oliveira E *et al.* Verificação e Análise do Conhecimento e Adesão à Terapêutica Medicamentosa Prescrita durante a Alta Hospitalar. *Revista Científica da Faminas*. 2007; 3(1).
87. Metelo de Nápoles Periquito C, Cavaco Silva P, Oliveira P, Carneiro C, Fernandes A, Alves da Costa F. Revisão da medicação em idosos institucionalizados: aplicação dos critério stopp e start. *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*. 2014; 6(4):4-13.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário



Saúde que Conta - Formulário Literacia em Saúde e Adesão à Terapêutica (Farmácias)

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito linha de investigação sobre Capacitação do Cidadão em Saúde desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, pedíamos-lhe que respondesse ao questionário que se segue. O seu preenchimento não levará mais de 10 minutos do seu tempo e será aplicado sobre a forma de entrevista pelo seu farmacêutico.

Com este estudo pretendemos (i) analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e o nível de adesão à terapêutica na doença crónica; (ii) analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a utilização de serviços de cuidados de saúde; e (iii) analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e as principais fontes de informação utilizadas.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação, a sua recolha é anónima e confidencial, tendo o direito de poder desistir a qualquer momento do estudo.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz.

Para qualquer esclarecimento adicional que precise quanto ao estudo, não hesite em contactar-nos através do e-mail saudequeconta@ensp.unl.pt.

Antecipadamente gratos pelo tempo despendido no preenchimento deste questionário.

Saúde que Conta - Formulário Literacia em Saúde e Adesão à Terapêutica (Farmácias)
GRUPO I – Questionário Europeu de Literacia em Saúde (versão curta)

Nota: Tenha junto de si a caixa do medicamento que usou para recrutar o doente.

1. Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a ... :

	Muito Difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não Sei
...encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...compreender o que o seu médico lhe diz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...compreender porque precisa de fazer rastreios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GRUPO II – Fontes de Informação

2. Nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou as seguintes fontes para procurar informação sobre saúde?

	Muito raramente	Raramente	Frequentemente	Muito frequentemente	Não sei, não respondo
Cursos e palestras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rádio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sites, Blogs e Fóruns na Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussão com amigos, família e colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revistas e jornais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livros e enciclopédias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissionais de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes Sociais (Facebook, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associação de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro(s). Qual/Quais?

3. Qual a revista ou jornal que mais utiliza para procurar informação sobre saúde, identifique apenas uma?

4. Qual o Site, Blog ou Fórum na Internet que mais utiliza para procurar informação sobre saúde, identifique apenas um?

5. Qual o programa de televisão que mais utiliza para procurar informação sobre saúde, identifique apenas um?

GRUPO III – Adesão à Terapêutica

Este grupo de questões refere-se ao medicamento utilizado para selecionar o indivíduo (a primeira linha da prescrição que diga respeito a uma doença crónica).

6. Para que doença está a tomar este medicamento?

7. Diagnosticada pelo médico?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefere não responder

8. Há quantos anos tem a doença?

As seguintes questões dizem respeito à medicação que toma para a doença que acabou de identificar.

9. No ultimo mês, tomou sempre este medicamento?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefere não responder

GRUPO III – Adesão à Terapêutica

10. Na seguinte régua, assinale como classifica o seu cumprimento da terapêutica, sendo que 100 significa que toma sempre este medicamento e 0 que nunca o toma.

0	50	100	<input type="text"/>
<input type="radio"/>			

GRUPO III – Adesão à Terapêutica

11. Perante as seguintes afirmações, qual o seu grau de concordância com cada uma delas?

	Discordo fortemente	Discordo	Não tenho certeza	Concordo	Concordo Fortemente
A minha vida seria impossível sem estes Medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sem estes medicamentos, eu estaria muito Doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estes medicamentos protegem-me de ficar pior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estes medicamentos perturbam a minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estes medicamentos são um mistério para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GRUPO IV – Cuidados de Saúde

12. Nos últimos 12 meses, quantas vezes utilizou para si os seguintes serviços de saúde?

	Nunca	1-2 vezes	3-5 vezes	6 ou mais vezes	Não sabe, prefere não responder
Urgência hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta de Medicina Geral e Familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta de outra especialidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgência do centro de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Linha de apoio à distância (ex. "SNS 24")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro. Qual?

13. Como faz a renovação da medicação para a sua(s) doença(s) crónica?

- ☐ Presencialmente com o médico
- ☐ Papel no administrativo
- ☐ Plataforma My SNS
- ☐ Outra. Qual?

14. Recebe apoio de alguma Associação de Doentes?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefere não responder

GRUPO V – Caracterização do respondente

15. Idade (Idade em anos completos na data do preenchimento do questionário)

16. Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

17. Indique o seu nível de escolaridade (completo):

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
- ☐ 1º ciclo (até 4ºano)
- ☐ 2º ciclo (5º e 6º ano)
- ☐ 3º ciclo (7º e 9º ano)
- ☐ Secundário
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

18. É profissional de saúde ou estudante em áreas relacionadas com saúde?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

19. Indique se durante os últimos 12 meses, sofreu das seguintes doenças (responda linha-a-linha):

	Não	Sim	Prefere não responder
Asma (incluindo asma alérgica)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AVC (acidente vascular cerebral) ou de consequências crónicas de um AVC?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença coronária ou angina de peito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensão arterial alta, isto é, hipertensão arterial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artrose (ou doença degenerativa das articulações)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dislipidémia (colesterol alto)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergias, tais como, rinite, febre dos fenos, conjuntivite alérgica, dermatite, alergias alimentares ou outras alergias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirrose hepática?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinência urinária ou problemas de controlo da bexiga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas renais crónicos, incluindo insuficiência renal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psoríase?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artrite Reumatoide?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artrite Psoriática?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outra. Qual?

GRUPO V – Caracterização do respondente

20. Quem o ajuda a gerir os aspectos relacionados com a sua doença?

- ☐ Ninguém
- ☐ Familiar
- ☐ Contratado especializado
- ☐ Contratado não especializado
- ☐ Apoio social
- ☐ Prefere não responder / Não sabe

Caracterização do farmacêutico

*** 21. Número da carteira profissional***** 22. Área de aplicação do Questionário**

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Lisboa e Vale do Tejo
- ☐ Alentejo
- ☐ Algarve
- ☐ Algarve
- ☐ Região Autónoma da Madeira

Anexo 2 - Consentimento Informado



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Consentimento Informado

Código| IMP:EM.PE.17_02

Almada, 2 de maio de 2018

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito linha de investigação sobre Capacitação do Cidadão em Saúde desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, sob coordenação do Professora Doutora Ana Escoval, solicita-se autorização para a participação no projeto "Literacia em Saúde: da envolvente teórica para o terreno".

Este estudo tem por os objetivos:

- Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e o nível de adesão à terapêutica na doença crónica;
- Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e a utilização de serviços de cuidados de saúde;
- Analisar a relação entre o nível de literacia em saúde e as principais fontes de informação utilizadas;

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo. Este estudo pode trazer benefícios tais como um maior conhecimento sobre algumas dimensões que podem influenciar, e ao mesmo tempo ser influenciadas, pelos níveis de literacia em saúde, nomeadamente a adesão à terapêutica, a utilização de cuidados de saúde e as principais fontes de informação de saúde.

O convite para participar neste estudo consiste em:

- 1- Responder a um questionário que será feito pelo Farmacêutico no momento da dispensa da Terapêutica;

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelos investigadores e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial, tendo o direito de poder desistir a qualquer momento do estudo.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

